

유방암의 효과적 예방과 치료를 위한 정책 제안

김성원, 한원식, 정준, 박흥규², 노우철³, 이은숙⁴, 김정수⁵, 노동영, 박찬훈⁶, 한세환⁷

서울대학교 의과대학 외과학교실, ¹연세대학교 의과대학 외과학교실, ²가천대학교 의과대학 외과학교실, ³원자력병원 외과,

⁴국립암센터 유방암센터, ⁵가톨릭대학교 의과대학 외과학교실, ⁶한림대학교 의과대학 외과학교실, ⁷인제대학교 의과대학 외과학교실

The Policy Proposal for Effective Prevention and Management of Breast Cancer

Sung-Won Kim, Wonshik Han, Joon Jeong¹, Heung-Kyu Park², Woo-Chul Noh³, Eun-Sook Lee⁴, Jeong-Soo Kim⁵, Dong-Young Noh, Chan-Heun Park⁶, Se-Hwan Han⁷

Department of Surgery, Seoul National University College of Medicine; ¹Department of Surgery, Yongdong Severance Hospital, Yonsei University; ²Gachon University of Medicine and Science Gil Medical Center; ³Department of Surgery, Korea Cancer Center Hospital; ⁴Center for Breast Cancer, National Cancer Center; ⁵Department of Surgery, Catholic University Medical College, Uijongbu St. Mary Hospital; ⁶Department of Surgery, Hallym University Kangdong Sacred Heart Hospital; ⁷Breast Cancer Center, Inje University Sanggye Paik Hospital

interests. The incidence of breast cancer is increasing with new breast cancer cases reaching more than 10,000 cases annually. But, there are some difficulties in breast cancer control; first, the National Cancer Screening Program is ineffective and of low quality, second, the lack of psychosocial care for mastectomized patients, third, the lack of national care for terminal cancer patients. For effective breast cancer control, we need special support for breast cancer awareness campaign, activation of breast cancer registry, development of clinical practice guideline, development of hospice program, breast cancer research, and upgrading its guarantee on breast cancer treatment. The Korean Breast Cancer Society should have the leading role in solving the current problems, but moreover, we cannot overemphasize the need for national support.

(J Breast Cancer 2006;9: 270-292)

Key Words breast cancer, policy proposal, prevention, management

ABSTRACT: Breast cancer is the most common cancer in Korean women since 2001 and needs national

서 론

여성의 유방암 발생률은 세계적으로 증가하고 있다. 캐나다 국립암연구소(1997)에 따르면 캐나다 여성은 일생 동안 9명 중 1명에서 유방암이 발생하며, 25명 중 1명이 사망한다고 한다. 이러한 현상은 서양에만 국한하지 않는다. 우리나라 역시 유방암의 발생빈도가 1996년 연간 3,801명에서 2004년 9,667명

책임저자: 한 세 환

137-707 서울특별시 노원구 상계7동 761-1 상계백병원 유방암센터

Tel: 02-950-1017, Fax: 02-950-1955, E-mail: shwhan@unitel.co.kr

으로 8년 동안 2.5배가 넘게 증가하고 있다. 여러 연구 보고를 통해서도 유방암의 발생원인 중 유전적 요인은 5~10%의 환자에서만 증명되며, 대부분의 유방암이 식생활, 생활습관 등 환경적 요인으로 인해 발생하고 있는 것으로 생각된다. 한국유방암학회 역학 조사 결과 역시 식생활의 서구화와 생활습관의 변화가 유방암의 급격한 증가와 연관이 있음을 시사하고 있다. 이러한 발생률의 증가를 보이는 유방암은 2001년부터는 우리나라 여성에서 발생하는 암 중 가장 발생빈도가 높은 암으로 가파른 증가 폭을 보이고 있고, 암으로 고생하는 장기 생존자가 많기 때문에 전 국가적 관심을 필요로 한다. 특히 우리나라 유방암의 가장 큰 특징은 가정에서나 사회에서 가장 중요한 역할을 하고 있는 40대 젊은 연령층이 전체 환자의 40% 이상을 차지하기 때문에 긴 유병 기간에 따른 의료비의 증가와 함께 국가 경제의 생산성을 감소시킨다. 따라서 유방암의 효과적인 치료와 예방프로그램이 절실히 요구되고 있다. 국가 차원의 유방암 치료 대책이나 예방 정책은 유방암 전문가들의 적극적인 참여와 국가 기관의 정책이 조화를 이룰 때 가장 효과적일 것이다. 앞서 언급했듯이 유방암의 급격한 증가는 식생활, 생활습관의 변화와 밀접한 관련이 있기 때문에 생활습관의 변화와 출산 장려 등의 정책을 개발함으로써 유방암을 예방할 수 있을 것이다. 전문가들의 이러한 자료 분석을 토대로 정부는 한국유방암학회와 긴밀히 협조해서 유방암 예방 정책을 마련한다면 단지 유방암 예방뿐만 아니라 저출산, 고령화사회라는 사회문제도 개선할 수 있을 것이다. 예를 들면 가임 여성들의 직장생활이 증가하고 있기 때문에 육아시설의 다양한 보급과 시설 개선, 국민 홍보 사업 역시 전문가 집단과 협조하여 공익광고와 같은 형태로 국민들에게 더 친밀하게 다가가야 한다. 이미 우리나라 여성들의 유방암에 대한 인식은 높아진 상황이며, 유방암의 예방이 더 많은 출산과 수유, 적절한 연령에 결혼하는 것으로도 예방할 수 있다는 사실을 캠페인과 홍보사업을 통해 널리 알리는 것은 유방암 예방에 큰 효과가 있을 것이다. 본고에서는 유방암 예방 정책을 효율적으로 진행하기 위해 유방암 조기 진단을 위한 검진 프로그램의 활성화, 유방암 진료의 효율화를 위한 정책 제언, 국가의료시스템의 문제, 의료기관과 암 전문 의료인의 문제, 환자와 사회의 문제 등을 논의하고 그에 따른 해결책에 대해 분석하여 향후 유방암 예방 정책에 대한 전망을 재조명해보았다. 이에 대하여 낮은 특이도를 보여 유방암 수술 방법을 결정할 때 이 검사 결과만으로 판단하기 보다는 다른 검사 및 임상적 요소를 함께 신중하게 고려하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

우리나라 여성 유방암의 실태

1. 한국유방암학회 자료 분석에서 나타난 1996~2004년

우리나라 여성 유방암의 특징

우리나라 여성 유방암의 발생빈도는 1996년 연간 3,801명에서 2004년 9,667명으로 8년 동안 2.5배가 넘게 증가했다. 발생률이 급격히 증가하는 유방암은 2001년부터 우리나라 여성 암 중 가장 발생빈도가 높은 암으로 대두되어 국가적인 관심이 필요한 단계에 이르렀다. 다른 고형암과 달리 유방암은 치료 효과가 우수하여 전체적으로는 70~80%의 5년 생존율을 보인다. 그러나 우수한 치료 효과는 유병 기간이 상대적으로 길고 의료비 부담을 불가피하게 증가시키는 특징을 보이게 된다.

우리나라 여성 유방암의 가장 큰 특징은 40대의 젊은 연령층이 전체 환자의 40% 이상을 차지하여 가장 높은 발생률을 보인다는 것이다. 연령이 증가하면서 급격히 발생이 증가하는 서구 여성 유방암의 역학과 달리 우리나라 여성 유방암은 30대에 전체 환자의 17%가 발생하고 50대에는 24%로 40대와 비교하여 오히려 감소하는 특징을 보인다. 이와 같이 비교적 젊은 연령층에 호발하는 우리나라 여성 유방암은 긴 유병 기간에 따른 의료비의 증가와 함께 국가 경제의 생산성을 감소시키는

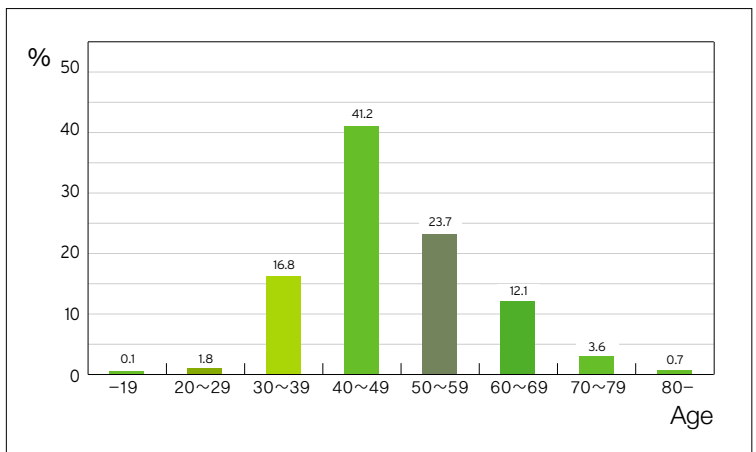


Fig 1. Proportions of Breast Cancer according to Age

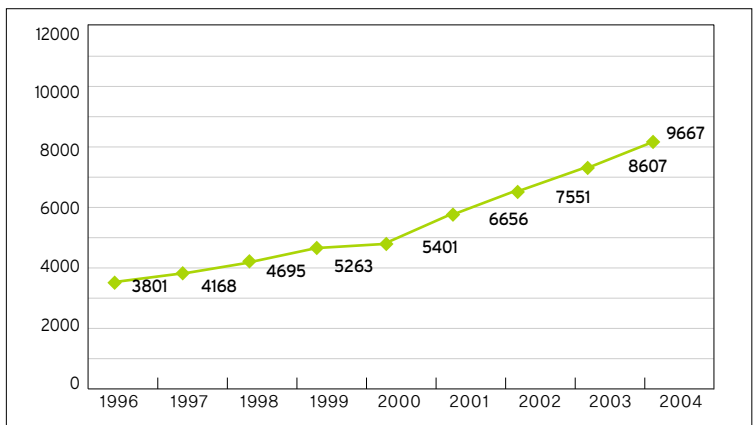


Fig 2. Annual number of Breast Cancer Patients

결과를 초래하기 때문에 효과적인 예방프로그램 개발이 절실히 요구되고 있다. 국가 차원의 유방암 예방 정책은 유방암 전문가들의 적극적인 참여와 국가 기관의 정책이 조화를 이룰 때 가장 효과적일 것이다.

2. 왜 유방암이 증가하는가

유방암의 발생원인 중 유전적 요인은 5~10%의 환자에서만 증명되며 대부분의 유방암 발생원인은 식생활, 생활습관 등 환경적 요인으로 생각되고 있다. 우리나라 여성 유방암의 발생 증가 역시 식생활과 생활습관의 서구화와 밀접한 연관이 있는 것으로 추정된다. 여성들의 초혼 평균 연령이 1990년의 24세에서 2004년에는 27세로 높아졌고 가구당 평균 자녀수도 1980년의 경우 2명에서 2004년에는 1.17명으로 급격히 감소하고 있다. 유방암 증가와 관련된 생활환경의 변화는 사춘기부터 뚜렷이 나타나고 있다. 초경 평균 연령이 1988년에는 13.5세였으나 1998년에는 12.7세로 낮아졌다. 이러한 현상은 1990년 12세 여아의 평균 신장 151 cm, 평균 체중 42 kg에 비해 2003년 현재 12세 여아의 평균 신장은 154 cm, 평균 체중은 47 kg으로 증가한 것과 일치한다. 1일 평균 열량 섭취량도 1981년 2,531 kcal에서 2003년 2,984 kcal로 증가했다. 모유수유율 역시 1985년에는 59%에 이른 데 비해 2002년에는 7%로 급격히 감소하고 있다. 한국유방암학회의 역학 조사 결과는 식생활의 서구화와 생활습관의 변화가 유방암의 급격한 증가

와 연관이 있음을 시사하고 있다. 특히 저출산, 결혼 연령의 고령화, 결혼 감소, 인구의 고령화시대에 접어든 한국사회의 특징 역시 유방암 발생의 증가와 깊은 관련이 있음을 증명하고 있다.

유방암 관리의 문제점

우리나라 여성의 유방암 발생은 급격한 증가 추세를 보이고 있기 때문에(1) 유방절제술을 받은 환자나 유방암으로 사망하는 환자가 증가함으로써 국가적, 사회적, 개인적으로 정신적·경제적인 막대한 손상을 초래하고 있는 현실이다, 유방암에 대한 특별한 예방법은 아직 확실히 밝혀지지 않았으며 정기검진을 통한 조기발견만이 생명을 지킬 수 있을 뿐만 아니라 유방보존술 시행이 가능해짐으로써 여성에게 중요한 유방을 보존할 수 있다. 이에 대한 암협회와 유방건강재단, 한국유방암학회에서는 조기검진을 위한 대국민 홍보활동을 벌이고 있으나 제도적, 재정적, 시간적으로 한계가 있는 것이 사실이다. 그러므로 급격히 증가하는 유방암에 대한 국가 차원의 국민계몽활동과 환자에 대한 사회적, 경제적 복지 관리가 절실히 요구되고 있다.

이에 우리나라의 유방암 관리에 대한 현실적 문제점을 짚어 본다면 다음과 같다.

① 5대 국가 암 조기검진사업의 비효율과 질적인 문제

— 5대 국가 암 조기검진 사업을 통해 국민건강보험공단에서 지정한 1,061개 의료기관 중 유방촬영에 대한 질적 평가에서 불합격률이 대학병원 9.3%부터 개인의원 47.3%까지 분포하는 것으로 보고되고 있다.(2) 이로 인한 진단율의 저하와 2차 의료비용의 지출이 증가하고 있다.

② 유방전절제술 후 정신적, 사회적 황폐화에 따른 유방암 환자에 대한 국가적 보호 정책이 전무하다.

- 유방절제술 후 장애등급 불인정
- 유방절제술 후 재건술에 대한 보험료 비급여

③ 말기 암 환자에 대한 사회, 국가적 보호의 부재

- 호스피스 기관의 양적 부재와 질적 관리 문제
- 말기 암 환자의 통증 치료에 대한 마약성 진통제 사용의 비합리적 규제 관리와 보험체계 등

이처럼 우리나라는 의료적인 측면에서 증가하는 유방암 환자에 대한 적절한 사회적, 국가적 보호와 유방암으로부터 국민을 지킬 수 있는 대국민적 계몽활동, 양질의 검진사업이 절실히 필요한 상황이다.

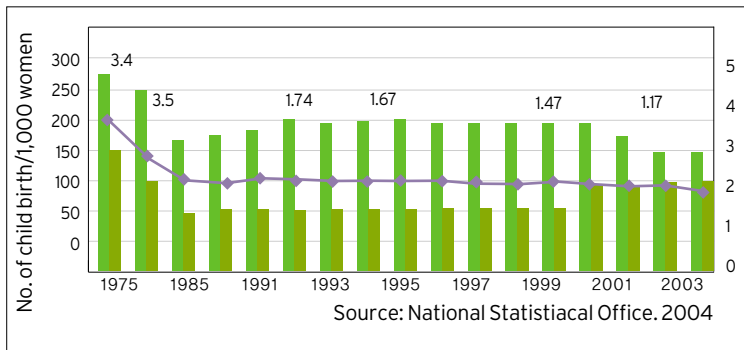


Fig 3. Trends in Total Fertility Rates Korean Women

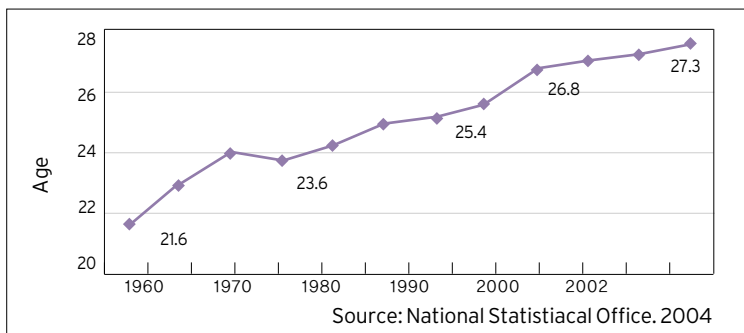


Fig 4. Age at First Marriage Korean Women

효과적인 유방암 관리를 위한 정책 제언

A. 정부와 한국유방암학회의 대국민 홍보 방안 - 한국유방암재단 Korea Breast Cancer Foundation; KBCF의 활동을 중심으로

1. 개요

한국유방암재단은 2000년 설립된 이후 여성의 건강과 아름다움을 지킴으로써 여성의 삶의 질을 향상시키고, 유방암과 관련한 대국민 홍보와 계몽사업, 저소득층 수술·치료비 지원, 예방 검진 사업 그리고 여성 유방 관련 질환에 관한 연구 지원 등 아름다운 여성, 건강한 어머니를 위한 사랑의 재단으로, '여성 건강 지킴이' 활동을 전개해왔다.

■ 일반 현황

- ① 재단명 : 재단법인 한국유방암재단
- ② 사무국 위치 : 서울특별시 용산구 한강로 2가 175-2 성원빌딩 2층
- ③ 사업 시행일 : 2000년 9월(재단 설립 허가 취득 즉시)
- ④ 주무관청 : 보건복지부 암관리과
- ⑤ 법인 설립 허가 : 2000년 7월 29일(보허 제104호)
- ⑥ 법인등기 설정일 : 2000년 8월 26일(용산등기소)
- ⑦ 공익성기부금 단체 선정 : 2000년 11월 17일(재정부 46012-184호)

■ 재단 연혁

- 1999년 10월 유방암재단 설립추진위원회 구성
- 2000년 7월 한국유방암재단 설립 허가(보건복지부)
- 11월 공익성 기부금 대상 단체 지정(재정부 공고 제2000-149호)
- 2001년 4월 유방암 환우회 지원 시작
- 5월 유방암 예방검진병원 지정(4개)
- 5월 제1회 유방건강강좌
- 6월 저소득층 유방암 환자 수술비 지원 시작
- 8월 순회 예방 검진 시작(대한국회암학회 협회 검진차량)
- 11월 제1회 핑크리본 사랑마라톤대회 개최(목동)
- 2002년 5월 유방예방검진 대상 확대(보건복지부 질의 회신)
- 6월 KBCF 홈페이지 재개설
- 10월 KBCF 네트워크병원 전국 총 8개 병원 계약
- 11월 제2회 핑크리본 사랑마라톤대회 개최(상암동 월드컵공원)
- 11월 한국유방암학회 학술연구비 지원

(1,000만원)

- 2003년 5월 광주 MBC 교양건강강좌 개최
- 10월 '핑크리본 캠페인' 틀 구축
- 제3회 핑크리본 사랑마라톤 개최(상암동 월드컵공원)
- 대국민 핑크리본 유방암 건강강좌 개최(전국 34개 병원)
- 제1회 핑크리본 자선콘서트 개최(불쇼이 윈드 오케스트라-코엑스 오디토리움)
- 11월 한국유방암학회 학술연구비 지원(2,000만원으로 확대 지원)
- 2004년 4월 전국 총 10개 유방암 검진 지정 병원 계약(부산동아대병원, 제주한라병원 추가)
- 5월 제주 MBC 교양강좌 개최
- 6월 광주 MBC 교양강좌 개최
- 6월 한국유방암학회 학술연구비 1차 지원(3,500만원)
- 7월 청주 MBC 교양강좌 개최
- 10월 제2회 핑크리본 캠페인 전개
- 제4회 핑크리본 사랑 마라톤(서울, 대구)
- 제2회 핑크리본 자선 콘서트(살타첼로-서울, 부산)
- 핑크리본 대국민 건강강좌(전국 49개 병원), 무료 검진(강화도 도서 벽지 저소득층 대상)
- 10월 한국유방암학회 학술연구비 2차 지원(1,500만원)
- 10월 대한중앙간호학회 자가검진 강사 양성 프로그램 지원(300만원)
- 11월 전국 총 15개 유방암 검진 지정 병원 계약(김해중앙병원, 울산우리학문병원, 서울이대목동병원 추가)
- 12월 보건복지부 우수재단 표창
- 2005년 4월 핑크리본 캠페인 홍보대사 위촉(전인화, 이영애, 이혜상, 박예진, 남상미)
- 4~6월 핑크리본 사랑마라톤대회 개최(부산, 광주, 대전)
- 6월 KBS 대전 핑크리본 건강강좌 개최

■ 임원 현황

- 이사장 : 최국진
- 이 사 : 노동영, 양정현, 이희대, 백정기, 지영선, 주양자, 변주선, 백남선
- 감 사 : 강기원, 이경희

2. 재단 목적사업

사업	내용
홍보	계몽사업홈페이지 운영(유방클리닉 등) 홍보 VTR 배포 계몽스티커, 책자 발간 등 핑크리본 캠페인
예방검진사업	이동검진(대한국가족보건복지협회) 예방검진권 배포(15개 전국 병원)
수술·치료비 지원사업	저소득층 중심
건강강좌사업	자체운영프로그램, 여성 관련 단체 지원 공동주관프로그램
학술연구비 지원사업	한국유방암학회
커뮤니티협력사업	유방암 환자 모임 지원(환우회)

3. 목적사업 집행 실적

■ 2000년도

- 재단 홈페이지 개설 : 2000년 12월 1일(www.kbcf.or.kr)
- 2000년도 목적사업비 5,000만 원 기부 : 2000년 12월 (주)태평양
- 후원금 1,453,000원 접수 : 11월 (주)태평양 뷰티지원팀
- 유방암 계몽 소책자 제작 중
- 재단 심볼(로고), 배지, 검진체크스티커, 홍보포스터 확정 및 제작 중
- 유방암 환자 수술비 지원 1건

■ 2001년도

- ① 유방암 계몽, 예방 강좌 실시(2회, 2,548,000원)
 - 상반기 : 5월, (주)태평양 10층 강당
 - 하반기 : 11월, 목동 행복한 세상 백화점
- ② 유방암 수술비 및 치료비 지원(4건, 1,100만 원)
 - 수술 및 치료비 지원 : 1명, 600만 원
 - 수술비 지원 : 1명, 300만 원
 - 치료비 지원 : 2명, 200만 원
- ③ 유방암 검진협력병원 확보(4개 병원)
 - 원자력병원, 대림성모병원, 중앙대학교 필동병원, 중앙대 학교 용산병원
- ④ 저소득층 대상 유방암 무료 검진권 배포, 무료 검진(9건, 18만 원)
- ⑤ 유방암 관련 단체 지원(2건, 370만 원)
- ⑥ 유방암 환우회 지원
- ⑦ '엄마사랑 아내사랑' 마라톤 행사 실시 : 스포츠조선과 공동 주최, 목동경기장(11월, 9,575,000원)

4. 요약·정책 제언

■ 2002년 목적사업 집행 결과

사업명	사업 내용	2002(집행금액)
홍보계몽사업	'2002 핑크리본 사랑마라톤대회' 실시(11월)	1건(9,295,000원)
	유방암 예방 홍보 영상 제작(10월)	1건(29,414,000원)
	유방암 관련 상식, 자가진단법, 재단 홍보로 내용 구성	
	KBCF 홈페이지 리뉴얼(6월)	1건(22,800,000원)
	KBCF 홍보물 제작(10월~12월)	5건(8,143,000원)
예방검진사업	유방암 예방 검진(연중)	2,372건(38,996,000원)
	유방암 검진협력병원 확대	47개(총 8개)
	(3개 병원, 대한국가족보건복지협회)	
수술비지원사업	유방암 수술비 및 치료비 지원(연중)	7명(13,500,000원)
건강강좌사업	유방암 계몽·예방강좌 실시(6월)	1회(300,000원)
협력 지원 사업	유방암 관련 학술연구비 지원(2건)	2건(15,000,000원)
	(19,500,000원) 환우회 지원(7건)	7건(4,500,000원)
총액		142,025,000원

■ 2003년 목적사업 집행 현황

사업명	사업 내용	2003(집행금액)
홍보계몽사업	2003 핑크리본 캠페인	4건(19,986,000원)
(46,591,000원)	마라톤, 콘서트, 건강강좌, 예방검진, 환우회 행사 지원	
	KBCF 홈페이지 관리(연중)	2건(9,722,000원)
	재단 홍보물 제작(연중)	7건(16,883,000원)
예방검진사업	유방암 예방검진	3,572건
(58,493,000원)	(연중 총 3,568건, 58,155천원)	(58,493,000원)
	초음파·조직검사 지원	
	(2002년 여성시설 단체 검진자 중 이상소견자)	
수술비지원사업	유방암 수술비·치료비 지원	16건
(24,140,000원)	(연중 16건)	(24,140,000원)
건강강좌 사업	광주 MBC 교양건강강좌(5월)	3회(200,000원)
(200,000원)	태평양 판매중사원 대상 건강강좌(7월)	
협력지원사업	유방암 관련 학술연구비 지원	3건(22,000,000원)
(24,500,000원)	환우회 지원(3건)	3건(2,500,000원)
총액		153,924,000원

■ 2004년 목적사업 집행 현황

사업명	사업 내용	2003(집행금액)
홍보계몽사업	① 2004 핑크리본 캠페인	6건
(76,026,000원)	2003년에 이어 전국적으로 10월	(39,698,000원)
	KBCF 핑크리본 캠페인을 구성하여, 유방암 조기 검진의 중요성을 계몽, 홍보하고 재단 이미지 제고	
	'2004 핑크리본 사랑마라톤대회' (10월 17일, 서울, 대구 동시 개최)	
	핑크리본 자선 콘서트·바자회(10월)	
	'2004 살타첼로 내한공연'	
	핑크리본 대국민 건강강좌(10월, 49개 병원)	

핑크리본 유방암 무료검진 (10월 18일~11월 15일, 강화도 지역)		
② KBCF 홈페이지 관리(연중 10,187,000원)	2건	
방문자의 접근성과 편리성을 높이기 위한 재단 홈페이지 리뉴얼	(10,187,000원)	
② 홈페이지 리뉴얼(5월, 연중 5,000,000원)		
-메인 페이지 변경, 사용자 편의성 제고		
④ 유방클리닉 Q&A 자료료(연중 5,000,000원)		
④ 도메인 유지비(22,000원)		
④ 홈페이지 메인 이미지 비용(165,000원)2건		
③ 재단 홍보물 제작	7건	
(연중 26,141,000원)	(26,141,000원)	
예방검진사업	연중으로 저소득층, 복지관, 시설, 홈페이지 신청자를 대상	3,502건 (67,996,000원)
1차 검사 이상소견 발견 시		
저소득층은 초음파 · 조직검사비 지원		
10월 핑크리본 캠페인 강화도 지역		
저소득주인 1,026명 대상 무료 검진 실시		
수술 · 치료비	유방암 수술비 및 치료비 지원(총 39건)	39건
지원사업		(61,594,000원)
(61,594,000원)		
건강강좌사업	공중파 방송사와 유방암 상식, 자가진단법 이론, 실습 등으로 구성된 유방암 특집방송 기획(10월)	4회 (800,000원)
학술연구비	한국유방암학회 연구비 지원, (6월, 10월): 50,000,000원	3건 (53,000,000원)
지원사업	유방암 관련 학술연구비 지원 확대	3건
(53,000,000원)	대한종양간호학회 지원 (10월): 3,000,000원	(53,000,000원)
	-서울 간호대학 자가검진 강사 양성 프로그램 지원(10월)	
커뮤니티협력사업 환우회 지원(4건)		4건
(3,000,000원)		(3,000,000원)
총액		262,416,000원

■ 2005년 사업 세부 운영계획

사업명	사업 내용	건수	시기
홍보계몽사업 (75,000,000원)	① 2005 핑크리본 사랑마라톤 대회 -후원사와 공동주관으로 전환	6	4월~11월
	② 2005 핑크리본 콘서트(열린음악회)	2	10월
	③ 핑크리본 유방암 대국민 건강강좌(50회)	50	10월
	-한국유방암학회 주최/재단 주관 행사		
	홈페이지 유지, 보수	1	연중
	핑크리본 홍보물 제작, 배포	1	연중
예방검진사업 (40,000,000원)	유방검진차량 이용 단체 검진(mammo)	500	연중
	네트워크 병원과 연계한 개인 검진	500	연중
	2차 검사비 지원(초음파 · 조직검사)	80	연중
수술치료비지원 (80,000,000원)	저소득층 수술 · 치료비 지원	50	연중

건강강좌사업	유방암 재발방지 연구세미나(5월 중)	20	5월, 연중
(25,000,000원)	핑크리본 신규 사업 개발	1	10월
학술연구지원사업 유방암학회 학술연구비 지원		2	6월, 11월
(70,000,000원)	유방암 관련 학술세미나 지원	4	연중
	유방암 자가검진 실태조사 연구(신규)	1	6~8월
커뮤니티	환우회 활동 지원		
지원 사업	유방암 환자 대상 참여형 행사 개발	5	연중
(10,000,000원)			
예비비	목적사업 변경에 따른 예비비		
(20,000,000원)	(검진단가 조정 등)		
총계		(320,000,000원)	

- ① 한국유방건강재단은 사설재단으로서 유방암과 관련한 대국민 홍보와 계몽사업, 저소득층 수술비 지원, 예방검진사업, 유방 관련 질환에 관한 연구 지원 등 크고 작은 규모의 다양한 사업을 비교적 효율적으로 진행해왔다.
- ② 기업의 진행에 따라 재정적인 규모는 점점 커지는 추세이고, 개별 회사의 일회성 지원으로는 일관적인 사업을 확대 추진해 나가는 데 한계를 보이고 있다.
- ③ 유방암은 국내 발생률 1위의 여성 암이며, 최근 폭발적인 증가 추세를 고려할 때 적극적인 대국민 홍보와 교육, 재정적인 지원이 어느 때보다도 중요한 시점이다.
- ④ 효율적인 암 계몽 사업의 진행을 위해서는 더 많은 비용과 인력, 시스템, 새로운 아이디어가 필요하다.
- ⑤ 이미 캐나다, 호주 등 선진국에서는 국립 유방암 재단이 설립되어 활동 중으로, 우리나라에서도 정부 차원의 국립 재단 설립이나 기존의 한국유방건강재단에 대한 재정적인 지원이 요구된다.

B. 유방암등록사업 활성화

1. 유방암등록사업의 목표

- ① 전국적인 한국인 유방암 데이터베이스 구축
- ② 유방암 환자의 표준 치료 프로토콜 확립
- ③ 국내외 유방암 역학 자료와의 비교를 위한 참고자료로 활용
- ④ 정책 자료와 논문 발표를 위한 참고자료로 활용

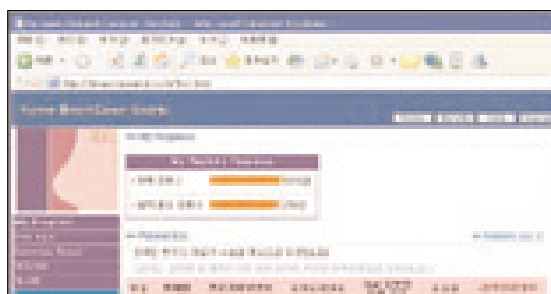
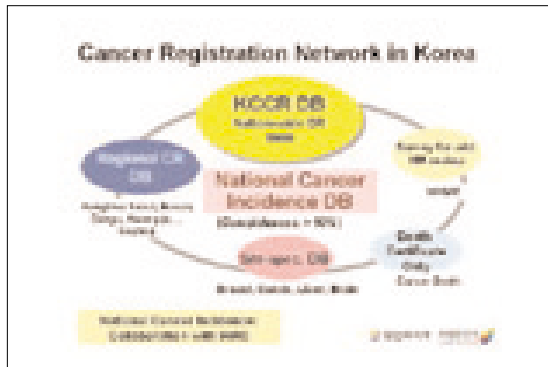


Fig 5. 전국적인 유방암 온라인 등록을 위한 웹사이트



Number of Cancer Cases in Korea (Female Breast Cancer)

Year	Overall Female Cases	Female Breast	등록인원
1999	41,280	5,429 (13.2%)	3,871
2000	41,680	5,486 (13.2%)	3,880
2001	47,432	5,943 (12.5%)	3,888
2002	46,188	7,153 (15.5%)	4,958
2003	47,762	7,848 (16.4%)	5,825

Distribution of Female Breast Cancer by Registration Source in Korea

Year	Regional CR DB	Hospital CR DB	Death Certificate Data	Other
1999	1,884 (49.3%)	1,987 (50.7%)	0	0
2000	1,884 (49.3%)	1,996 (50.7%)	0	0
2001	1,884 (49.3%)	1,996 (50.7%)	0	0
2002	1,884 (49.3%)	1,996 (50.7%)	0	0
2003	1,884 (49.3%)	1,996 (50.7%)	0	0

2. 온라인 유방암 등록사업

- 시연회와 1차 워크숍, 2001년 11월 24일 : 춘계학술대회 (충남대학교)
- 2차 워크숍, 2002년 3월 30일~31일(제주도)
- 3차 워크숍, 2002년 11월 2일~3일(서울)
- 4차 워크숍, 2003년 4월 12일~13일(용인)
- 5차 워크숍, 2003년 8월 16일(제주도)
- 6차 워크숍, 2003년 11월 29일(서울)
- 7차 워크숍, 2004년 8월 21일(제주도)
- 8차 워크숍, 2005년 9월 3일(서울)

3. 국외 논문 발표

Ahn SH, Korean Breast Cancer Society. Clinical characteristics of breast cancer patients in Korea in 2000. Arch Surg. 2004;139:27-30; discussion 31.

4. 2004년 발표자료

- ① 2004년 1월 : 2004년 12월까지 등록된 환자
- ② 온라인상에 등록된 전국 71개 대학병원과 34개 종합병원 데이터
- ③ 한국인 유방암의 특징
 - 환자수와 발생률의 꾸준한 증가
 - 젊은 연령과 폐경 전 환자의 높은 비율
 - 유방전절제술에 대한 유방보존술의 비율이 증가. 즉시재건술 시행수 증가
 - 조기 유방암의 비율 증가(0기, 1기)
 - 정기적인 유방촬영술을 통해 발견되는 유방암 환자 증가
 - 서구적인 위험요인을 가진 유방암 환자의 증가

5. 2004년 온라인 등록 적용 범위

- 2004년도 전체 수술건수(안세현 교수 조사자료):9,025건
- 2005년 9월 1일 기준 현재, 2004년 수술 환자에 대한 등록건수 : 5,825건
- 현재까지의 등록 범위 : 65%

6. 앞으로의 사업방향 및 해결해야 할 문제들

- 지속적인 참여율 증가
- 등록 내용의 충실도 증가
- 프로그램의 지속적인 수정 및 보완
- Quality control & assurance of contents
- 개별 병원의 인력난 해결
- 전문 인력의 구체적 활용 방안 및 예산 확보
- Incentive 이외의 참여 동기 유발

7. 등록 활성화 방안

- 연구 간호사의 역할 강화
- 오프라인 sheet 이용 : 우편으로
- 병원별 방문
- 입력자료 오류 감시
- 실무위원Working group 지정 : 지역별 담당 제도, 등록 프로그램의 개선 담당
- 각 병원의 입력 실무자와 등록책임자에 대한 정기적인 교육

8. 2005년 사업 계획

- 온라인 등록률 90% 이상으로 향상
- 온라인 등록사업의 성과 발표
- 워크숍 2회 개최
- 유방암홍보사업과 연계된 유방암 자료 발표 : 매년 10월 (유방암의 달)

- 웹사이트 내용과 통계 자료 전환 프로그램 개선
- 등록사업위원회 사무실을 이용한 상설 자료 제공 시스템 개발
- 외국과의 프로그램 연계로 자료와 정보 교환 추진

9. 유방암 등록사업과 관련한 정책 제언

- ① 유방암등록사업에 대한 국가적인 지원 강화
 - 등록사업에 필요한 예산과 인력 지원
 - 국립병원에 대한 의무적인 등록 지침
 - 등록사업의 당위성과 효과에 대한 전국적인 홍보
 - 매년 결과 발표에 대한 지원과 언론 홍보
- ② 현재의 학회와 민간 회사 주도의 등록과 데이터베이스 관리에서 점차 국가 관리의 시스템으로 전환해야 할 것이다.
 - 유방암등록사업은 단순히 학술 차원의 문제가 아니고 전 국민적인 보건과 관련된 사안이다.
 - 이를 위해서 미국의 National Institute of Cancer에서 주도하고 있는 SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) 프로그램이 모범이 될 수 있다.
 - 유방암 등록의 모델이 다른 한국인에 흔한 암들의 등록사업에 기초가 될 것이다. 특히 온라인 등록 프로그램의 공유가 가능하다.
 - 현실적으로는, 한국유방암학회와 보유 자료 면에서 상호 보완관계에 있는 중앙암등록본부와의 협력 관계를 강화해 가야 한다.
 - 학회는 등록사업 자료 내용을 제공하고 중앙암등록본부는 생존 자료를 제공하며 논문 작성과 발표 시 저작권 관계를 확립해야 한다.

C. 표준 치료법 개발

최근 의료의 질에 대한 관심과 더불어 각 임상학회에서 진료 권고안(Clinical practice guideline(임상진료지침))의 개발에 대한 관심이 고조되고 있다. 이에 진료권고안 제정의 배경, 필요성과 국내 진료권고안 개발 현황과 관련된 문제점을 알아보고자 한다.

1. 진료권고안 제정의 배경

진료권고안은 '특정한 상황에서 임상사와 환자의 의사결정을 돕기 위해 체계적으로 개발된 진술'로 정의할 수 있다.(3) 진료권고안은 보건의료서비스의 과정을 바꾸는 효과적인 수단이며 건강을 향상하는 데 기여하고 있다. 진료권고안이 갖는 여러 가지 편익으로 인해 그 개발이 증가해왔으며, 특히 1990년 이후에 진료지침의 인용이 비약적으로 증가하고 있다.(4) 진료지침은 무엇보다도 의사들의 진료과정에서 내리는 결정

의 질을 향상하는 데 도움을 주며, 궁극적으로 진료지침은 환자의 건강을 향상시킨다. 이는 진료지침이 효과가 입증된 치료법을 시행하도록 권고하며 효과가 없는 치료법은 지양하고, 치료의 일관성을 유지시킴으로써 의료서비스의 변이를 줄이기 때문이다. 비용적인 측면도 무시할 수 없어서, 진료지침을 이용하는 경우 의료비가 절감된다는 분석도 있다. 한편, 진료지침은 잠재적 위해의 가능성도 갖고 있는데, 이는 진료지침의 질이 낮을 때, 주로 오류가 있는 권장사항이 포함되어 있는 경우에 나타날 수 있다. 이는 진료지침 개발그룹의 능력이 부족하거나, 결과를 빠른 시일 안에 제출하는 과정에서 바쁜 일정을 소화해야 하는 등의 인간적 오류가 작용하여, 임상 과정에서 무엇이 최선의 진료인지에 대해 잘못된 결정을 내릴 수 있기 때문이다.

2. 근거 중심 진료지침 개발

임상진료지침의 타당성을 최대화하기 위한 원칙(5)은 다음과 같다.

첫째, 근거에 대한 체계적 고찰 systematic review이 모든 임상진료지침의 핵심이어야 한다.

둘째, 근거를 지침으로 만들기 위해 모인 개발그룹은 다학제적이어야 한다.

셋째, 임상진료지침의 권장사항은 이를 지지하는 근거와 간결하고 분명하게 연결되어 있어야 한다.

세계적으로 진료지침을 개발하고 있는 여러 기관이나 단체가 있다. 대표적 기관으로 SIGN (Scotland Intercollegiate Guideline Network), NICE(National Institute for Clinical Excellence), ANAES (National Agency for Accreditation and Evaluation in Health), USPSTF(US Preventive Services Task Force), NHMRC(National Health and Medical Research Council), NZGG(New Zealand Guideline Group) 등을 들 수 있는데, 근거 중심적 방법을 사용한다는 점에서는 공통적이나 체계적 고찰 방법, 합의 도출방식, 권고안 등급체계 등이 조금씩 다르다.

3. 선진국의 임상진료지침

■ 임상진료지침 개발 현황

지난 20여 년 동안 근거중심의학evidence based medicine이 출현한 이래 지속적으로 발전해왔으며, 이는 임상연구로부터 나온 근거를 검토해서 임상적 의사결정에 활용해야 한다는 것을 강조하고 있다.(6) 이러한 접근은 근거중심적 임상진료지침의 개발을 촉진했다. 또한 세계적으로 의료의 질 향상을 위

한 임상진료지침의 활용이 계속해서 증가하고 있다. 임상진료지침은 임상 의사들이 올바른 진료 행위를 할 수 있도록 도와주며, 중요한 것은 대부분의 의사들이 그들의 진료환경에서 하고 있는 일상적 진료행위를 반영해야 하고, 의사들에게 수용될 수 있어야 한다는 것이다. (3) 임상진료지침은 진료의 지속성을 유지하고 의사의 진료와 과학적 근거의 간격을 줄이는 데 매우 효과적인 도구로 간주되고 있다.

임상진료지침에 대한 폭발적 관심은 대부분의 다음과 같은 이유에서 생겨난다고 볼 수 있다. 즉, 보건의료서비스에 대한 요구의 증가, 고가의 의료기술 도입, 인구의 노령화 등으로 인해 증가하는 보건의료 비용에 대한 부담, 임상진료의 변이 중 상당한 부분이 과다이용 또는 과소이용과 같은 부적절한 진료에서 발생하고 있다는 사실, 의료서비스 공급자는 가능한 최선의 의료서비스를 제공하고자 하며, 소비자는 받고 싶어 하는 내적 욕구의 존재 등이 임상진료지침의 근거가 되고 있다.

유럽, 북아메리카 지역의 국가들과 오스트레일리아, 뉴질랜드 등을 포함한 선진국에서는 임상진료지침에 대한 정책을 수립하고 국가 또는 지역 단위에서 매우 질이 높은 임상진료지침을 개발하여 보급하고 실행하고 있다. 또한 과거에는 주로 전문가들의 합의에 따라 임상진료지침이 개발되었으나 현재는 타당한 근거를 체계적으로 검토하는 방법으로 바뀌고 있다. 이러한 개발방법의 발전은 임상진료지침의 타당성을 높이고 있다고 한다.

■ 선진국의 공통된 흐름

선진국의 임상진료지침에 대한 정책과 접근 방법은 각 국가적 다양성에 있다. 이는 임상진료지침은 본질적으로 보건의료 정책과 연관되어 있으므로, 각 국의 사회, 문화 및 정책적 특징을 반영하고 있기 때문인 것으로 보인다. 그러나 이러한 다양성에도 불구하고 공통적으로 나타나는 주요한 흐름을 찾아볼 수 있는데, 그 내용은 다음과 같다. (7)

첫째, 많은 국가에서 임상진료지침을 질 향상 활동과 연결하는 정책을 취하고 있다.

둘째, 대부분의 임상진료지침개발 프로그램에서 과학적으로 엄격한 방법을 사용하려는 시도가 증가하고 있다. 여러 단체나 조직에서 근거중심적 방법론을 일관되게 채택하여 방법론이 수립되고 있는데, 역사가 오래된 곳보다는 비교적 최근에 설립된 국가적 프로그램에서 더욱 엄격한 방법론을 사용하고 있다.

셋째, 임상진료지침 개발은 보급과 실행전략에 긴밀히 연결되고 있다.

4. 국내 진료지침 현황

최근 국내 임상학회의 진료지침 개발 현황을 조사한 결과, 2004년 현재 약 19개 학회가 30여 종의 진료지침을 개발한 것으로 나타났다(Table 1). 출판된 진료지침과, 기존 연구를 바탕으로 하여 현재까지 임상학회가 개발한 진료지침의 특성을 보면 다음과 같다. (8)

첫째, 진료지침을 개발하기 위해 엄밀한 의미의 다학제적 개발그룹을 구성하지 않고 있다.

둘째, 다수의 진료지침 개발그룹이 권고안이 근거에 기반하며, 국내 현실을 반영한 진료지침을 개발하려는 의도를 갖고 있는 것으로 보이지만, 실제로 근거중심적 방법인 체계적 고찰을 하지 않는 것으로 생각된다.

셋째, 소수의 예를 제외하고는 대부분 비공식적 합의를 통해서 권고안을 도출하고 있으며, 권고안과 근거의 연결성이 명확하지 않다.

넷째, 거의 모든 진료지침에서 개발그룹 구성이나 개발방법에 대한 자세한 기술이 누락되어 있다.

다섯째, AGREE 도구로 평가한 결과에 따르면 국내 진료지침은 대부분의 영역에서 외국에서 개발된 진료지침보다 점수가 낮게 평가되어 있으므로 질이 낮은 것으로 판단된다.

■ 우리나라 유방암진료권고안 개발 현황

한국유방암학회에서는 2002년 11월 제1차 진료권고안을 발표했다. 이 권고안은 학회 차원에서 유방암 치료에 대한 선도적인 역할을 수행하고 있음을 대외적으로 알리는 좋은 계기가 되었음은 사실이지만, 원론적인 내용만을 담고 있고 근거중심의 원칙에 충실하지 못하며 국내 임상자료를 제시하지 못했다는 지적을 받아왔다. 2004년 10월 한국유방암학회에서는 제2차 한국 유방암 진료권고안위원회를 발족했다.

이 위원회에서는 2004년 11월부터 2005년 5월까지 세 차례의 세미나와 워크숍을 열어, 근거중심적 진료지침의 개발 과정, 체계적 검토 방법론, 근거 레벨과 권고등급을 결정하는 방법 등에 대해서 각 계의 전문가를 초청하여 위원들의 교육을 실시했고, 각 위원회별 근거 평가 결과 비교와 서술 형식을 조율했다. 제2차 유방암 진료권고안은 제1차 권고안과 달리 특히 다음 사항을 개선하려고 노력했다.

첫째, 다학제적 개발그룹을 구성해 진료권고안에 관한 교육 시행

둘째, 근거중심적인 방법으로 체계적 고찰을 통해 권고안을 도출

셋째, 권고안의 내용에 각각의 권고등급과 참고문헌을 제시
2005년 10월 유방암 진료권고안 워크숍과 11월 일반인을 대

상으로 한 공청회를 거쳐서 2006년도에는 새로 개정된 유방암
진료권고안을 발행하였다.

Table 1. 국내학회가 개발한 임상진료지침 (9)

번호	학회	진료지침	개발년도
1	대한가정의학회	한국인의 평생 건강관리	2003
2	대한간질학회	간질약물치료지침	2000
3	대한고혈압학회	우리나라의 고혈압 진료지침	2000
4	대한남성과학회	남성 성기능장애 남성 불임증 진료지침서	1997
5	대한노인정신의학회	한국형 치매평가검사(책자 발행)	2003
6	대한당뇨병학회	당뇨병의 진료지침서(제2판)	1995
7	대한비만학회	비만치료지침 2003	2003
8	대한방사선종양학회	유방암진료(유방암연구회)	2002
9		간암진료지침(간암연구회)	2004
10		폐암진료지침(폐암연구회)	2003
11	대한소아과학회	임상에서의 소아의 영양	2002
12		한국형 영유아 발달 검사	2002
13		예방접종지침서(제5판)	2002
14		영유아 영양	2000
15		백신 Q&A	2000
16		소아비만의 진단과 치료지침(영양위원회)	1999
17		한국소아 및 청소년 신체발육표준치	1998
18		소아과 개원의 진료가이드	1997
19		대한소아알레르기 및 호흡기학회소아천식 치료지침	2003
20		네뷰라이저 사용지침서	1999
21		소아천식진료 가이드라인	1999
22		소아천식진료 가이드라인	1994
23	대한위암학회	위암진료지침권고안	2004(진행 중)
24	대한신경과학회 및 대한신경정신의학회	근거에 입각한 알츠하이머병의 약물치료지침	2003
25	대한알레르기학회	한국의 천식치료지침	1998
26	대한이비인후과학회	의료보험 적정진료를 위한 임상이비인후과 진료지침서	1999
27	대한비만학회	비만치료지침	1999
28	대한정신약물학회	양극성장애 약물치료에 대한 한국형 알고리즘 지침서	2002
29		정신분열병 약물치료에 대한 한국형 알고리즘 지침서	2001
30	대한통증학회	신경차단치료지침	2003
31	대한폐경학회	WHI 연구 이후 HRT에 관한 견해	2003
32	대한결핵 및 호흡기학회	COPD 및 천식 진료지침	2003
33	한국유방암학회	한국인 유방암 치료권고안	2002
34	한국지질동맥경화학회	고지혈증 치료지침(개정)	2000
		고지혈증 치료지침	1996

Table 2. 국내 임상학회 진료지침 개발 방법 (10)

기구	평균 구성원 수	개발그룹 전문영역 수	임상의사 외 참여하는 전문가	근거 수집방법	근거 분석방법	권고안 도출방법
대한가정의학회	9	단일 전문과목	없음	임의 검색	주관적 평가	비공식적 합의 (심사지침 참고)
대한간질학회	9	여러 진료과목	없음	임의 검색	주관적 평가	비공식적 합의
대한결핵 및 호흡기학회	55	단일 진료과목	없음	임의 검색	주관적 평가	비공식적 합의

한국유방암학회	30	여러 진료과목	없음	문헌과 인터넷 검색	주관적 평가	비공식적 합의 후 공청회 통해 확정
대한정신약물학회	61	단일 진료과목	통계전문가 임상심리학자	선진국 지침 검색	평가도구 사용	비공식적 합의
대한폐경학회	17	단일 진료과목	없음	임의 검색	주관적평가	비공식적 합의
한국지도질동맥학회	35	-	영양학자	임의 검색	주관적평가	비공식적 합의

5. 임상진료지침 개발 매뉴얼 목차

■ 개발 매뉴얼의 목적과 구성

- 개발 매뉴얼의 목적
- 매뉴얼 개발방법
- 매뉴얼 목차와 개발과정의 기본 틀

■ 임상진료지침 개발계획의 수립

- 임상진료지침 주제 선택
- 임상진료지침 개발그룹 구성
- 임상진료지침 개발계획 수립
- 핵심 질문 설정

■ 근거의 검색

- 체계적 근거 검색의 중요성
- 검색 전략의 결정
- 검색 방법
- 검색 사례
- 근거 검색 시 유의사항

■ 근거의 평가

- 근거 평가의 이유
- 질 평가 도구
- 임상진료지침의 질 평가
- 체계적 고찰의 질 평가
- RCT연구의 질 평가
- 근거 평가 시 유의사항

■ 권고안 도출과 등급 결정

- 근거의 종합
- 사례 깊은 판단
- 근거의 수준과 권장사항의 등급
- 권고안 작성의 예

■ 합의 도출 방법론

- 공식적 합의 방법론이란?
- 공식적 합의 도출 방법론의 종류
- 임상진료지침에서 합의 방법론과 그 예

■ 외부 검토 및 개정

- 외부 검토
- 임상진료지침의 개정

■ 평가 및 지역 개작

- 지역 개작 과정
- 지역 개작 방법 결정
- 개작 지침 개발 그룹 구성
- 권고 내용 결정
- 적절하지 않은 권장사항 선정과 이에 대한 해소
- 외부 검토
- 지역 개작

6. 효과적인 표준 치료법 개발을 위한 정책 제언

선진국에서는 1990년대 초반부터 임상진료지침에 대한 국가적 정책을 수립하여 지침의 개발, 보급은 물론 질 관리 활동과의 연계에 대한 정책을 수립했다. 국내에서도 의료서비스의 질 관리체계 수립이라는 장기적 전망을 가지고 임상진료지침에 대해 검토할 필요가 있으며, 이를 개발하고 확산하고 실행하는 체계를 어떻게 만들 것인지에 대한 정책이나 발전 경로에 대한 정책이 수립되어야 한다. 외국의 사례를 볼 때, 진료지침과 관련해서 정부는 다음과 같은 역할을 수행해야 한다.

첫째, 진료지침 개발에 필요한 과학적인 근거자료들을 체계적으로 정리하고 보급한다.(영국의 Cochrane Database, 미국의 Agency for Healthcare Research and Quality 등)

둘째, 정부가 전문가단체, 소비자단체, 보험자 등이 연합하여 임상진료지침을 개발하는 독립적인 전문기구를 운영한다(예, SIGN, ANAES). 또한 상당수의 공공주도의 의료체계를 갖춘 국가에서는 정부기관을 설립하여 진료지침을 개발한다.

셋째, 진료지침의 난립에 따른 사회적 혼란과 손실을 최소화하기 위해서 Guideline clearing house 운영을 통해서 다양한 지침들을 평가, 관리하고 보급하는 역할을 한다(미국, 독일의 예에서 찾아볼 수 있다).

진료지침은 보건의료서비스의 과정을 바꾸는 효과적인 수단이지만, 양질의 임상진료지침이 개발되지 못한다면 오히려 의료서비스의 질을 떨어뜨릴 수 있으며, 보건의료체계의 효율성이 훼손되어 자원이 낭비될 수 있다. 만일 정부가 포괄적 질 관리 체계에 대한 전망을 가지고 있다면, 진료지침 개발과 실행에 적극적으로 참여해야 한다. 지금까지 하던 대로 진료지침 개발에 대한 연구용역을 지원하는 형태로만 참여한다면 실사 진료지침 개발 전문기구가 설립된다고 해도, 진료지침이 의료의 질 관리나 보건의료체계의 효율성 개선에 적절히 활용되기는 어렵다.

정부는 양질의 진료지침 개발을 위해 전문인력과 충분한 예산이 뒷받침하고 있는 조직화된 임상진료지침 프로그램을 수립하는 데 지렛대 역할을 할 수 있다. 또한 이러한 프로그램에서 정부는 의료계, 보험자, 소비자 단체 등과 함께 진료지침 개발의 우선순위 설정은 물론 진료지침의 질 평가나 효과를 모니터링하는 과정에서 중요한 역할을 수행해야 한다.

D. 호스피스 프로그램 개발

1. 호스피스 활동의 의의(11, 12)

■ 외국 호스피스 활동의 역사적 발전 과정과 전개

고대 전반기와 중세 전반기에 사용하던 hospital, hostel, hotel이라는 단어는 모두 같은 라틴어에서 기원했으며, 현재 우리가 사용하고 있는 현대적 용어인 호스피스는 라틴어인 hospes (손님) 또는 hospitum (손님 접대, 손님을 맞이하는 장소)라는 말에서 유래되어 주인과 손님이 서로 돌보는 것을 상징한다. 또한 우리나라에서 호스피스란 임종 간호, 말기 환자 간호 또는 선종 간호 등의 용어로 사용되고 있다.

고대그리스에서는 제우스신의 보호 아래 여행자들에게 의식을 제공하는 풍습이 있었고, 로마에서는 주인과 손님 사이의 특별한 관계가 제우스신의 축복을 받는다고 믿었으며, 세노도키아(Xenodochia)에서는 성지 순례자들에게 거주지를 제공함으로써 인도주의적인 봉사활동을 했다. 그러나 호스피스 유래의 큰 맥락은 중세기에 성지 예루살렘으로 가는 성지순례자나 여행자가 쉬어가던 휴식처라는 의미에서 유래되어 아픈 사람과 죽어가는 사람들을 위한 숙박소를 제공하고 필요한 간호를 베풀면서 시작되었다.

중세의 호스피스는 십자군운동 시기에 호스피시아(hospicia)에서 여행자의 휴식처로 음식과 옷들을 제공했고 (성 베르나르도 소 호스피스는 10세기, 성 베르나르도 대 호스피스는 11세기) 파리의 수도자들은 오텔 디유(hotel-dieu)를 운영하여 임종 직전의 환자를 앞으로 전진하는 자로 대하며 천국의 문이 크게 열렸다는 신앙심으로 병자를 돌보았다.

현대에 들어서면서 호스피스는 체계를 갖추며 발전하기 시

작했는데, 유럽의 독일에서는 1863년 플리드너 목사가 카이저베르트에 첫 프로테스탄트 병원을 설립하여 간호수녀회를 창립하고 소외되고 병든 자와 임종을 맞는 자를 돌보게 했고, 1885년 아일랜드의 더블린에서 최초의 근대적 호스피스가 시작되었다.

1967년 영국의 런던에서 시실리 손더스가 성 크리스토퍼 호스피스를 개방되어 현대 호스피스 운동의 체계적 모태가 되었고, 초기 호스피스에서 제공했던 간호의 영적인 지지와 정서적 지지에 더해 말기 질환과 관련된 증상과 통증 조절에 초점을 두었으며, 성 요셉 병원에서 호스피스에 대한 아이디어와 원칙을 다듬어서 현대 호스피스 간호의 초석을 만들기 시작했다. 1935년 성 누가 병원에서는 진통제의 '정규적 제공'을 치료법으로 실시하여 현대 호스피스의 통증 조절 지침의 기초가 되었다.

1968년 미국에서 호스피스의 가정간호가 시작되었고, 1969년 엘리자베스 퀴블러로스가 '인간의 죽음 On death and dying'을 출간함으로써 죽음의 개념과 말기 환자의 돌봄에 대한 관심이 증가되었다.

2. 외국과 우리나라 호스피스 현황 (13-17)

■ 외국의 호스피스 현황

1) 초기의 호스피스

의료라기보다는 종교적인 사망관에서 이루어졌으며, 중세에는 순례자와 나그네들이 쉬어가는 곳 또는 병으로 사망하는 장소에 지나지 않았다.

2) 근대의 호스피스

- 1879년 아일랜드 더블린의 성모 호스피스 Our Lady's Hospice

- 1905년 영국 런던의 성 요셉 호스피스 Saint Joseph's Hospice

※ 완화의학 Palliative Medicine : 영적 돌봄만으로는 환자의 고통이 해결되지 않아 완화의학이라는 전문 분야 등장

3) 현대에 들어서는 1967년 영국의 성 크리스토퍼 호스피스를 중심으로 전 세계로 빠르게 확산되었다.

■ 우리나라 호스피스 도입 시기

최초 도입 : 1965년

본격 도입 : 1980년

- 선교 활동의 일환으로 종교단체나 의료기관에서 관장했다.

Table 3. 주요국의 호스피스 도입 시기

구분	영국	미국	일본	대만
최초 도입	1905	1974	1981	1990
본격 도입	1967	1982	1990	2000

■ 우리나라 호스피스 현황

1) 우리나라 호스피스 기관

한국가톨릭호스피스협회와 한국호스피스협회에 등록된 한국호스피스기관은 다음과 같다. 지역별로는 서울을 포함한 경기지역이 총 21곳으로 가장 많고, 거의 전국적인 분포망을 보인다. 활동(설립) 시기별 분포는 1960년대 강릉의 갈바리의원을 시작으로 하여 1970년대에 2개 기관과 1980년대에 14개 기관이 활동을 시작했거나 설립이 되었다. 그리고 1990년대에 들어서면서 현격히 증가해 22개 기관에서 활동을 시작했다. 그러나 기관에 따라 호스피스 운동의 움직임이 거론된 시기와 실제 면모를 갖추어 활동을 한 시기가 분명치 않고, 현재 호스피스 협회에 등록하지 않고 활동하고 있는 단체도 많아서 정확하게 활동시기와 설립 시기를 구별하기는 어렵다.

2) 우리나라의 호스피스 현황과 제도

(1) 기관현황

- 1965년 '마리아의 작은 자매회'라는 수녀회에서 강원도

강릉에 설립한 갈바리의원에서 호스피스 간호를 시작한 것이 시초

- 현대적 개념의 호스피스는 1980년대 후반에 강남성모병원에서 병원 부속형 호스피스가, 대동산의료원, 세브란스 병원, 이대부속병원에서 각각 가정호스피스 서비스를 제공한 것을 계기로 현재 전국에 64개의 호스피스 기관이 활동 중이다.
 - 의료기관 40개소, 비의료기관 24개소(Table 4)
 - 호스피스 종사자 현황(Table 5)
 - 호스피스기관 이용현황(Table 6)

(2) 말기암 환자 호스피스 시범사업

- 사업 기간 : 2003~2004년
- 사업 목적 : 시범사업을 통해 우리나라 실정에 적합한 호스피스완화의료 관리체계 개발
- 사업 내용
 - 호스피스완화의료 서비스 모형개발(시설과 인력수준, 활동지침, 수가모형 등) : 가정형, 병동형, 산재형, 시설형, 공공형 각각 1개소씩 5개소 선정하여 시범사업 운영
 - 교육대상자별(의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자 등)로 호스피스완화의료 교육모형 개발과 교육 실시
 - 호스피스완화의료 사업지원평가단' 설치 운영

(3) 교육 현황

- 1980년대부터 국내 여러 간호대학에서 호스피스 교육 실시
- 1997년부터 국립보건원에서 보건소 공무원을 대상으로 '호스피스관리과정' 운영
- 2002년부터 국립암센터에서 보건소 공무원을 대상으로 '재가암환자관리' 과정 운영
- 2003년부터 보건복지부에서 국립암센터를 '호스피스완화의료 시범사업' 교육기관으로 지정 운영

(4) 기타

- 협회 및 학회 활동
 - 1991년 한국호스피스협회 결성
 - 1992년 한국가톨릭호스피스협회 결성
 - 1998년 한국호스피스완화의료학회 창립
- 1999년부터 보건소를 통한 재가암환자 관리 사업 실시
- 2003년 말기 암 환자 호스피스 시범사업 실시

3. 우리나라 호스피스의 문제점(18-22)

Table 3. 호스피스 기관 설립주체별 운영 형태

구분	별도 병동	병상 산재	독립 병동	가정 방문	주간 진료	계
사회복지기관	-	3	4	5	-	8
종교 기관	-	3	2	8	2	9
민간 단체 등	2	2	-	7	3	7
병원급	9	24	-	22	23	2
의원급	2	1	2	7	7	8
계	13	33	8	49	6	4

Table 4. 호스피스 종사자 현황

구분	의료기관		비의료기관		계	
	조사기관수	직원수	조사기관수	직원수	조사기관수	직원수
의사	36	61	18	40	54	101
간호사	35	151	17	43	52	194
사회복지사	26	33	13	18	39	51
성직자	36	62	22	41	58	103
자원봉사자	34	2,223	23	8,783	57	11,006

Table 6. 호스피스 기관 이용 현황-대상자의 질병 특성과 등록 기준(복수응답, n=64)

대상자	기관수(%)
말기 만성 질환자	62(96.9)
AIDS32	(50.0)
사지거동 불능 환자	17(26.6)
치매 환자	12(18.8)
정신질환자	10(15.6)
알코올중독자	2(3.1)
기타	7(10.9)

자료 : 윤영호 등, [한국호스피스 · 완화의료기관 실태 조사], (17)

■ 법적, 제도적 문제점

호스피스를 정식으로 인정하는 법이 없기 때문에, 한 개인이 호스피스 기관을 설립하려 해도 적용할 적절한 법규가 없는 실정이다. 호스피스는 통증을 포함한 말기 환자의 육체적 증상들을 적극적으로 해결하는 동시에 환자가 가지는 영적, 사회적, 경제적, 문화적, 정신적 문제들을 포괄적으로 해결해야 하므로 의학적 측면과 사회복지적 측면을 모두 가지고 있다. 호스피스를 운영하기 위해서는 일반 병동에 비해 인적 자원이나 건물의 시설 등이 많이 필요하기 때문에 의료 원가가 상당히 높다. 따라서 현행 의료보험체계로는 그것을 충당하기 어렵고 유럽 국가들처럼 기부금이 사회적 관행으로 정착되지 않은 우리나라의 실정에서는 재정적 적자를 감수하지 않고서는 호스피스를 운영하기 어렵고 호스피스 수가 별도로 책정되어야 한다.

■ 의료계의 문제점

1) 의사들의 참여 제도

우리나라 호스피스의 발전에 가장 저해되는 요소 중의 하나는 의사들이 참여할 수 있도록 제도적으로 뒷받침되고 있지 않다는 것이다. 따라서 현재 활동하고 있는 대부분의 호스피스 기관에서 환자의 증상을 적절히 조절하지 못하고 영적인 측면에 치우쳐 활동하게 되거나 간호사들의 노력으로 부분적인 증상 조절만이 가능한 형편에 있다. 심한 경우에는 호스피스가 마치 의사의 참여가 불필요하고 간호사들만 참여하는 고유영역으로 잘못 인식되어, 호스피스에 능동적으로 참여하려는 의사가 있더라도 실질적인 참여가 어려워지는 현상까지 나타나고 있다.

2) 완화의학 교육의 비활성화

우리나라 의학교육은 최선을 다해 질환을 치료함으로써 인간의 생명을 구하고 수명을 연장시키는 것이다. 그러나 아쉽게도 대부분의 대학에서 아직도 치유되지 못하는 질환을 가진 환자들의 고통스러운 증상들을 어떻게 도와줄 수 있는지에 대하여 체계적으로 교육하고 있지 않은 실정이다. 따라서 의사들이 고통 속에 있는 말기 환자들을 만나도 그들을 의사가 도우면 편안하게 해줄 수 있다는 사실조차 모르거나 도와주고 싶어도 구체적으로 어떻게 해야 하는지 모르는 형편이다.

3) 호스피스 팀과 시설의 부족

말기 암 환자들이나 그 가족들이 호스피스에서 도움을 받을 수 있다는 사실을 알아 막상 호스피스에 가려고 해도 주위에 가서 도움을 받을 수 있는 호스피스를 찾기가 쉽지 않다. 또 호스피스라는 이름으로 활동하는 기관이라 하더라도 활동의 내용이 호스피스 고유의 내용과 달리 소속 교단의 선교가 목적이

거나 죽음을 앞둔 환자의 영적 간호에 치우쳐서 말기 환자의 육체적인 증상은 효과적으로 조절하기 어려운 경우가 대부분이다. 따라서 몇 안 되는 증상을 조절하기 위해 호스피스에 가려면 길고 긴 입원 대기자 명단에 이름을 올려놓고 기다려야 하며 자칫하면 환자가 임종할 때까지 입원기회가 오지 않을 수도 있는 것이다. 결국 현재와 같은 의료 수가 체제하에서는 경제적 손실을 감수하지 않고는 호스피스 시설이나 팀을 끌고갈 수 있는 것은 상당히 어려운 문제이며, 현실적으로 한 기관이 호스피스의 필요성을 인식하더라도 쉽게 호스피스를 시작하지 못하는 이유 중 큰 부분을 차지하고 있다. 따라서 이러한 현실에서는 호스피스 운영을 위한 기금을 모금하거나 제도화를 위한 여론 형성이 필요하다.

4) 마약성 진통제

마약중독을 줄인다는 측면에서 볼 때 우리나라의 마약정책은 성공한 것으로 생각되며 대부분의 국민들의 마음속에 마약은 가까이 해서는 안 된다는 생각이 확고하게 자리 잡고 있다. 그런데 문제는 의료용 마약, 다시 말해서 암 환자의 통증 조절을 위해 사용하는 마약도 환자에게 중독을 일으킬 것이 우려되어 그 사용이 기피되고 있는 사실이다. 이것은 일반인뿐만 아니라 의료인 사이에서도 공통적이며 그로 인하여 적절한 용량의 마약성 진통제를 사용하면 통증에서 벗어나 생의 마지막 기간을 인간으로써의 존엄성을 유지하면서 편안하고 행복하게 지낼 수 있는 환자들이 고통 속에서 신음하다가 임종에 이르는 것이 우리의 현실인 것이다. 또한 현재 우리나라에서 사용 가능한 마약성 진통제도 종류가 제한되어 있다. 다국적 기업에서 제조 판매하고 값이 비싼 지속성 모르핀이나 피부에 점착하는 패치 형태의 마약성 진통제만 사용할 수 있는 실정이고 그나마도 경구용 저용량형 진통제만이 수입되어 다량을 사용해야 하는 환자들의 경우에는 한 번에 많은 수의 알약을 먹어야 하는 불편을 감수하고 있다. 또 어느 의원급 호스피스의 경우 말기 암 환자에게 사용한 모르핀을 마약 중독의 우려가 있다는 이유로 의료보험연합회에서 삭감당하는 일마저 벌어져 의욕에 찬물을 끼얹는 실정에 있다.

4. 호스피스의 활성화 방안과 정책적 제언

■ 호스피스의 활성화 방안

현재 우리나라에서 대두 되고 있는 '말기 암 환자 호스피스'에 대한 제도화는 자료 산출 근거조차 미약한 기반을 토대로 한 역설적인 필요성만을 강조하고 있다. 이는 보다 구체적이고 보다 현실적인 지원방안이나 대책을 마련하지 않은 상태에서 외국과 단순 비교한 자료와 국내의 열악한 의료재정에 바탕을 두기 때문이라 할 수 있다.

제도적으로 정착되기 위해서는 말기암 환자 호스피스 시범 사업 또한 각 센터의 현황에 대한 폭넓고 질적인 데이터의 확보를 바탕으로 진행되어야 함은 두말할 나위가 없을 것이다.

그러한 관점으로 볼 때 첫 번째로 선행되어야 하는 것은 실질수요의 재평가와 기준 마련이다. 공개된 기관과 단체에 의존한 자료는 실질적인 혜택을 절실히 필요로 하는 수요에 대해 많은 부분을 수용하지 못하고 있는 상태이다. 이를 위해서는 말기암 환자의 입원과 퇴원 실태와 호스피스의 수요가 요구되어지는 과정을 관리할 인원의 확충이 중요하다. 의료사회사업적 측면으로의 국가 재정, 인력 투자와 더불어 자원봉사의 확대, 광범위한 기부금 제도의 단일화 창구로 기준을 마련한 기부금의 활용으로 인한 유효 인력 배치와 활용, 호스피스 연계 센터 간의 의사소통, 각 행정자치기관의 긴밀한 협조만이 보다 정확하고 실질적인 수요와 호스피스 시범사업의 성과를 보장할 수 있을 것이다.

두 번째로는 의료계의 적극적인 참가를 유도할 수 있는 제도 보완이다. 실질적으로 말기 암 환자와 호스피스를 필요로 하는 환자들의 최종 판정과 이를 위한 관리 그리고 무엇보다 의료행위가 지속적으로 진행되어야 한다는 점에서 의료계의 적극적인 참가는 무엇보다 선행되어야 할 과제임에 틀림없다. 이를 위해서는 국가지원하에 의사협회주최의 보수교육이나 학술대회에 완화의료에 대한 연수강좌, 암학회 주최의 학술대회 중 완화의학에 대한 내용을 활성화하고 한국호스피스완화의료학회 주최의 학술대회를 적극 지원, 활성화함으로써 의사들의 참여를 가속화할 수 있을 것이다. 이에 대한 보다 구체적인 학회 차원에서의 역할에 대해서는 다시 언급하기로 한다.

세 번째로는 획일화되고 다양하지 못한 마약성 진통제의 사용, 처방기준과 보험 인정 여부의 개선이 절실하다는 점이다. 말기 암 환자들이 호소하는 가장 중요한 증상 중의 하나가 통증이다. 특히 임종에 이르는 마지막 2~3개월은 대부분 심각한 고통을 겪고 있다. 따라서 암 환자들의 고통을 덜어 주기 위해서는 적절한 통증 조절이 필요하다. 이에 암성 통증 관리의 장에 요인들이 나타나고 있는데 의료인의 수동적 접근과 환자들의 기피현상이 있다.

또한 가장 중요한 점이 제도의 문제점으로 나타나고 있는데, 첫째, 암성 통증 조절의 중요성에 대한 인식 부족, 둘째, 건강보험에서의 비용 지불 기피(삭감), 셋째, 마약성 진통제 취급에 대한 지나친 규제 등을 들 수 있다. 그러므로 의료인에 대한 적절한 교육프로그램 개발과 국민들의 의식개방이 절실히 필요하며 이는 정부주도하에 정책적으로 개선해야 한다. 또한 강력한 마약성 진통제의 종류를 다양화해야 하며, 정부 주도로 속효성 경구용 모르핀과 시럽의 생산을 촉구하고 이의 사용에 대한 보험 급여에 제한을 완화하는 것이 필요하겠다.

■ 호스피스의 정책적 제언

앞에서 언급한 사항들 이외에도 수많은 문제점과 개선의 여지가 있음은 국내 호스피스 현황을 나타내는 여러 지표들과 현재 행해지고 있는 지원 사항들을 검토해볼 때 여실히 드러나고 있음은 누구나 알 수 있는 사실이다.

이에 유방암학회에서 보다 구체적이고 현실적인 대안을 제시하려 한다.

1) 암 환자군을 선정하여 호스피스 사업을 전개해 나가는 것이 필수

호스피스의 취지와 의미를 되새겨 볼 때 최선의 결과는 모든 이들의 마지막 임종을 최대한 편안하고 고통 없이 진행해야 함은 두말할 나위가 없으나 실질적인 모든 형태의 수요를 수용하기에는 너무 이상적이다. 이 때문에 우리는 가장 현실적으로 접근할 수 있는 방법이 암으로 인해 창출되는 수요에 집중할 필요가 있다.

우리나라에서는 1년에 약 10만 명의 새로운 암 환자가 진단되고 매년 약 6만 명이 암으로 사망하여, 암이 우리나라 사망원인 중 2위를 차지한다. 말기 암 환자의 경우 진단 확정 후 사망에 이르는 여명이 보통 6개월에서 1~2년 걸리며 그에 따른 경제적 정신적 소비가 환자뿐만 아니라 보호자에게도 큰 고통으로 자리 잡고 있다. 특히 유방암의 경우 빠르게 증가하는 추세에 있으며 그 사망률 역시 증가하고 있다. 이 때문에 가장 현실적인 대안으로, 유방암 또는 기타 가장 심각한 수준의 암 환자군을 선정하여 호스피스 사업을 전개하는 것이 필수이며 또한 현실적인 상황이라고 판단된다.

2) 전문인력의 위원회구성과 보험체계의 현실적 지원

현행 의료보험체계로는 호스피스 확대와 운영에서 절대적인 한계가 있음을 인정할 수밖에 없다. 국내 호스피스의 경우 아직 의료보험의 혜택을 받지 못하며 호스피스를 정식으로 인정하는 법과 구체적인 의료혜택에 대한 장치가 없어 개인이나 단체 또는 병원들의 참여가 지극히 제한되고 있는 현실이다. 이러한 문제점의 발단은 미봉책에 그치지 않았던 의료개혁이 원인이 되었으며 또한 부족한 보건 의료행정의 시스템과 연계된 현 의료보험체계가 원인이 되고 있다. 호스피스는 통증을 포함한 말기 환자의 육체적 증상들을 적극적으로 해결하는 동시에 환자가 가지는 영적, 사회적, 경제적, 문화적, 정신적 문제들을 포괄적으로 해결해야 하므로 의학적 측면과 사회복지적 측면의 양 면을 볼 때 의료보험체계의 개선은 양보할 수 없는 사항임에 틀림없다. 따라서 이에 대해 적절한 법적 뒷받침을 위해서는 전문인력의 위원회 구성과 보험체계의 현실적 지원이 불가결하다.

또한 이를 위해서는 전문적인 지식을 가진 의사 또는 학회의 적극적인 참여유도와 이를 뒷받침할 수 있는 진보된 형태지원은 절대적으로 요구되는 사항이다. 이에 선진국의 시범사업을 통해 우리나라의 호스피스 환자에 대한 비용 분석 역시 필요하다.

- ① 미국의 비용연구결과에 따르면, 임종 전 1개월 동안 호스피스 환자는 비호스피스 환자에 비해 비용이 약 46.5% 감소하는 것으로 나타났고, 임종 전 1년 동안의 전체 의료비의 10.4%를 절감한 것으로 나타났다.
- ② 대만의 호스피스 비용분석 결과, 전통적인 치료보다 호스피스가 말기 암 환자의 사망 1개월 전 의료비용을 64.2% 감소시키는 것으로 나타났다.
- ③ 또한 의료보험적용에 필요한 보험인정 대상자 기준, 보험 기간, 서비스 내용, 보험료 등의 내용을 구체화할 필요가 있다.
 - i) 일본, 대만, 미국 등의 예에서처럼 가정호스피스 수가와 병동 입원 수가를 분리하여 일당정액제로 할 수 있다.
 - ii) 미국의 경우, 메디케어 프로그램의 지원을 받기 위해서는 환자의 임상진료의사 medical doctor와 호스피스의 사로부터 환자가 여명이 6개월 이하라는 진단을 받아야 한다.
 - iii) 보건소와 기타 의료원을 활용한 공공기관방식의 운영 체계 도입

앞서 조사된 국내에 진행되고 있는 호스피스기관의 현황은 그 중심에 있기 때문에 열악한 환경을 잘 대변하고 있다. 이것은 국가 공공기관으로서의 진행되어야 하는 복지개념의 기능들을 자선단체나 병원, 심지어는 개인에게 의지함에 따라 나타나는 현상이라는 점에 통감하지 않을 수 없다. 특히 미미한 지원과 책임감 없는 행정적 지원은 오히려 진행되고 있는 이들의 사기를 꺾기에 충분하다.

이를 개선하기 위해 보건소와 기타 공공의료원을 활용한 공공기관방식의 운영체계 도입이 절실하다. 기존의 시스템을 활용함과 동시에 전문의료인력을 직·간접적으로 가장 손쉽게 접할 수 있는 시스템을 마련하는 것이 가장 현실적인 대안으로 보인다. 특히 이들 기관의 공공화에서 호스피스는 독립된 운영체제로 진행됨은 물론이고 지원단체와 호스피스 활동과 연계된 네트워크의 구성은 반드시 선행되어야 할 과제이다. 이로 인해 보다 폭넓고 광범위한 그리고 호스피스 운영의 핵을 마련할 수 있는 토대가 형성되어야 할 것이다.

iv) 호스피스활동의 체계화된 관리 프로그램

선진국의 사례에서 보여주듯이 호스피스활동의 체계화된 관리 프로그램은 보다 양질의 기준을 제시함으로써 인해 다양한 호

스피스활동을 표준화하고 현실화할 수 있는 교육시스템의 기반을 제공한다.

호스피스와 완화의료의 표준화를 위해서는 서비스 활동지침 마련, 인력과 시설기준 마련, 전문인력의 확보와 교육 실시 그리고 질 관리를 위한 체계가 요구된다. 이를 위해서는 다음과 같은 사항을 참고해야 한다.

- 일본은 '호스피스완화의료 병동 승인기준'을 책정하고 '질의 확보와 활동의 평가'에 관한 위원회를 설치함으로써 질적 관리를 하고 있다.
- 대만은 질 관리를 위해 2001년부터 입원기관과 가정방문 기관에 대한 호스피스완화의료 평가 시스템을 도입했다.

특히 호스피스 기관이 의학의 전문분야 중 하나가 되기 위해서 정부와 기관에서 이를 위해 투자할 수 있는 제도적인 여건 마련이 필요하며 이로 인해 창출되는 전문인력의 보급과 한 단계 향상된 프로그램의 진행만이 향후 호스피스와 완화의료에 현실적인 대책이 될 수 있을 것이다.

5. 결론

이상에서 살펴본 것과 같이 어려운 여건 속에서도 명맥이 이어온 우리나라 호스피스는 턱없이 부족한 사회적 관심과 많은 제도적 모순 그리고 대중의 이해부족으로 인해 많은 어려움을 겪고 있다. 우리나라의 호스피스 정책에 대한 문제점을 비추어 볼 때 다음과 같은 제안이 문제 해결을 위한 대안이 될 수 있을 것이라 생각된다.

- 보건소, 기타 공공 의료원을 활용한 국가공공기관 방식의 호스피스 운영체제를 통한 국가적·사회적 비용 절감과 호스피스 전문인력 양성
- 호스피스의 체계화된 관리프로그램 개발을 통한 활동지침과 인력, 질 관리, 호스피스 활동의 표준화 마련
- 말기 환자들의 가장 시급한 문제점인 통증 완화와 비용 절감을 위한 마약성 진통제의 관리 및 처방기준과 보험정책에 대한 개선

암 발생률이 급속하게 증가하고 그로 인한 사망률이 2위를 차지하고 있는 이 시점에서 호스피스에 대한 정책은 아직도 어두운 터널을 지나고 있다. 선진국으로 가는 길목에서 사회적 보장과 이에 대한 혜택은 누구나 신뢰할 수 있고 보다 적극적인 정부와 제도적 견인만이 누구나 해당될 수 있는 말기 환자와 그들의 가족들이 헌법에 보장되어진 행복을 누릴 수 있다는 사실을 우리 모두 인정하며 인간으로서의 존엄성을 끝까지 존중받을 수 있어야 할 것이다.

E. 학회 지원방안 등

1. 정부 또는 국회와 학회 간의 긴밀한 관계 유지를 위한 창구 마련

정부가 주도하는 의료정책에 의료인들의 모임인 학회의 의견은 국민의 입장에서 볼 때 매우 중요하다. 하지만 그동안 암과 관련하여 국가 정책이나 보건 정책을 결정하는 데 학회의 의견이 잘 반영되지 않은 것이 사실이다. 학회에 의견 요청이나 자문 요청은 있었으나 어디까지나 참고사항이었을 뿐이며, 정책 수립에 중요한 역할은 하지 못했다고 여겨진다. 물론 학회에서 적극적으로 학회의 의견을 제시하지 못했던 것도 사실이다. 따라서 학회의 의견이 빠르고 쉽게 정부 정책이나 국회 입법 과정에 전달될 수 있게 정부나 국회에 창구를 마련하는 것은 매우 효과적일 수 있을 것으로 생각된다.

2. 유방암 연구사업 지원 증대

2003년 한 해 미국 국립암연구소의 유방암 연구지원자금은 5억 4,870만 달러였다. 이러한 연구기반을 바탕으로 수많은 연구들이 진행되었고 또 현재 진행되고 있으며, 연구 결과들은 현재의 유방암 치료지침을 만드는 기반이 되었다. 국내에서는 1996년 암정복추진기획단이 구성되면서 본격적으로 국가적인 암 연구지원사업이 시작되었다고 볼 수 있다. 그러나 1998년부터 2004년까지 투자 계획은 2,000억이었으나 투자 실적은 178억이었고 2004년 한 해 투자 실적은 50억으로 미미했다. 따라서 현재 암정복추진기획단에서 지원하고 있는 암정복과제 지원의 증대뿐만 아니라 다양한 암연구지원사업이 있어야 할 것이다. 예를 들면 여성암 연구지원이나 유방암 연구지원을 위한 국책 과제 등을 들 수 있겠다. 또한 현재 국내 여러 질환들에 대한 진료지침 개발은 학회 차원에서 주도하고 있다. 하지만 선진국의 사례를 볼 때 많은 나라에서 국가 주도로 진료지침이 개발되고 있다. 한국유방암학회에서도 이미 1차 진료권고안을 만들었고 현재 2차 진료권고안이 거의 완성된 상태이다. 하지만 재원이나 인력의 부족으로 한계가 있고 특히 국내 자료가 거의 없는 상태이다 보니 제대로 된 진료지침 개발이 어려운 실정이다. 국내 자료의 축적을 위해서도 국가적인 연구 지원이 필요할 뿐만 아니라 훌륭한 진료지침 개발을 위해서는 정부에서 지원하고 학회에서 개발하는 시스템이 되어야 할 것으로 생각된다.

3. 현재 건강재단과 같이 진행하고 있는 핑크리본 행사를 정부 차원에서 후원

현재까지 늘어나고 있는 유방암의 발생을 줄일 수 있는 방법은 없다. 따라서 유방암을 조기에 발견하는 길만이 치료성적을 향상하고 국가적으로도 의료비 지출을 줄일 수 있는 방안이 될

것이다. 조기 발견을 위해서는 무엇보다도 국민들이 유방암에 대해서 잘 알고 있어야 하며 따라서 적극적이고 효과적인 계몽과 홍보활동이 필요하다. 한국유방암학회에서는 매년 10월 유방건강재단과 함께 유방암 홍보를 위해 핑크리본 행사를 진행하고 있다. 국가에서 이러한 유방암 홍보활동을 지원하거나 후원한다면 지금보다 적극적이고 효과적일 것이다.

4. 정부 지원 의료인력 양성

2005년 암관리법 개정안에 따르면 암관리종합계획에 암 관리에 필요한 전문인력의 육성에 관한 사항을 두고 있어, 정부에서도 이미 암 관리 전문인력의 필요성에 대해서 인정하고 있다. 암 관리 전문인력이라 함은 암과 관련한 진료, 연구, 교육 전 분야에 필요한 인력을 말하며 이 중 의료인력이 가장 중요하다는 것은 누구나 인정하는 사실일 것이다. 암 관련 의료인력 양성에는 누구보다도 학회의 의견이 중요할 것이며, 특히 유방암과 관련된 인력 양성 계획에는 한국유방암학회의 의견이 반영되어야 할 것이다.

F. 유방암 치료에서 보장성 강화 방안

1. 유방 관상피내암에 대한 한국 사보험의 실태

현재 우리나라에서 상품으로서 판매되는 보험의 대부분은 암 치료 보험금, 암 수술비와 통원비 또는 진단비 등을 지급하는 것으로 되어 있다. 이러한 보험금들은 크게 일반 암과 기타 피부암과 상피내암, 경계성 종양 치료비로 구분되어 있다. 따라서 상피내암의 큰 구분에서 자궁경부암과 유방암은 구별 없이 지급되고 있다.

참고자료로서 몇몇 사보험의 지급 규정을 참조하면 암치료비로 1/5, 적게는 1/10의 비용만이 지급된다. 암 수술비 또한 1/5정도만 인정되어 지급되며 대부분 상피내암의 치료에 화학요법이나 방사선요법에 대한 지급 규정은 거의 없으며, 있는 경우에도 단 1회의 치료에 대해 일반 암 자금의 1/5만 지급한다는 규정을 명시하고 있다.

2. 문제점

최근 초기 유방암의 비율이 증가되는 추세에서 우리나라도 전체 유방암 환자의 약 10%는 상피내암인 것으로 보고되고 있다. 일반 보험회사들의 보험비 지급 규정은 유방암의 상피내암 치료 면에서 환자들의 추가적인 상황을 고려하지 않고 결정된 것으로 생각할 수 있으며, 부인과 상피내암과 같은 수준의 치료를 기준으로 정한 것으로 보인다. 그러나 유방암의 상피내암은 고위험군일 경우에는 유방전절제술을 시행하며 이러한 경우 유방성형술이 동반되기도 한다. 또 부분유방절제술을 시행한 경우에는 방사선요법을 고려해야 한다. 또한 호르몬수용체

양성인 경우에 5년간의 타목시펜 투여를 추천하고 있다. 이러한 치료방침은 1기 침윤성 유방암 환자에서의 치료와 크게 다르지 않다.

유방암의 상피내암에서 이러한 치료는 부인과 상피내암에서 고위험군일 경우에만 자궁적출술을 시행하고 더 이상의 치료를 하지 않는 것에 비해 치료비용면에서 차이가 있다고 할 수 있다. 또한 자궁적출술에 비해 유방절제술은 미용적인 면이나 정신적인 면에서 그 장애요소가 더 크다고 볼 수 있으므로 유방암의 상피내암에 대한 고려가 더 이루어져야 한다.

3.대책

현재 사보험은 산부인과에서의 자궁경부암 상피내암 같은 다른 상피내암과 유방암의 상피내암을 같은 것으로 간주하여

보험금의 지급기준을 정하고 있기 때문에, 유방암의 상피내암에서 자주 시행되는 유방전절제술에 대한 고려가 추가되어 지급기준이 달라져야 한다. 이를 위해 금융감독원 산하 보험감독원에서 지침으로서 이러한 상황을 반영하도록 각 보험회사에 권고하는 것이 바람직하며 더 나아가 표준질병분류도 수정해야 할 것으로 보인다. 그리하여 환자의 수술비에 대한 추가 비용 지출과 유방암의 상피내암에서 유방보존술을 시행한 경우 보조적 치료로 자주 사용되는 방사선요법 역시 고려사항에 추가해서 일반 유방암 치료에서의 방사선요법 보조비와 같은 수준의 치료비를 지급해야 할 것이다.

4.참고자료

사례 1, 사례 2, 사례 3, 사례 4, 사례 5

사례 1: 종신보험(암 특약)

(무)암보장특약	기준: 특약 가입 금액 1,000만원(1200)	1년 미만	1년 이상
치료 자금	암 진단 시(1회 한)	500만 원(1000)	1,000만 원
	기타 피부암으로 진단 시(1회 한)	50만 원(100)	100만 원
	상피내암으로 진단 시(1회 한) 10%	50만 원	100만 원
	경계성 종양으로 진단 시(1회 한)	100만 원	200만 원
수술 자금	암으로 수술 시	최초 1회: 150만 원(300) 1회 이후: 50만 원(100)	최초 1회: 30만 원(600) 2회 이후: 100만 원(200)
	기타 피부암, 상피내암, 경계성 종양으로 수술 시	최초 1회 15만 원 2회 이후: 5만 원	최초 1회: 30만 원 2회 이후: 10만 원
입원 급여금	암으로 4일 이상 입원 시(120일 한)	3일 초과 1일당	15만원
	기타 피부암, 상피내암, 경계성 종양으로 4일 이상 입원 시	3일 초과 1일당	20,000원

• 상피내암과 기타 피부암: 치료 자금 · 수술자금입원—40%(암 보장 금액의 10%)

• 경계성종양: 암보장금액의 20%(수술 10%, 입원 40%)

사례 1-1: ○○○ 건강보험(기준: 주계약 가입금액 500만원, 환급형, 특약 가입 금액 각 1,000만원 가입)

구분	급부 명칭	지급 사유	지급 금액
암 치료 특약	치료 자금(1회 한)	특정 암 진단 시	2,000만 원
		특정 암 이외의 암 진단 시	1,000만 원
	항암 치료 자금(각 1회 한)	암 진단 확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 방사선, 항암 약물 치료 시	100만 원
		기타 피부암, 상피내암, 경계성 종양으로 진단 확정 후	20만 원
		그 치료를 직접적인 목적으로 방사선, 항암 약물 치료 시	

• 특정암 〈남자〉 위암, 간암, 폐암 〈여자〉 위암, 난소암, 자궁암

사례 1-2: ○○○ 암보험(1.5구좌)

구분	급부 명칭	지급 사유	지급 금액
암 치료 특약	암 치료 자금	암 진단 시(각 1회 한)	3,000만 원
	암 수술 자금		최초 1회: 450만 원 2회 이후: 150만 원
	암 입원 급여금		75,000원(120일 한)
	암 통원 자금		30,000원

• 기타 피부암, 상피내암: 암 치료 자금과 암 수술 자금은 일반 암의 10%, 암 입원 급여금은 일반 암의 40%

• 경계성 종양: 암 치료 자금은 일반 암의 15%, 암 수술 자금은 10%, 암 입원 급여금은 40%

사례 2 : ○○보험

구분	급부 명칭	지급 사유	지급 금액
주계약	암 진단 급여금 (2년 이내 지급 사유 발생 시 50% 지급)	암 보장 개시일 이후에 최초의 암으로 진단 확정 시(최초 1회 한)	2,000만 원
		경계성 종양으로 진단 확정 시(최초 1회 한)	600만 원
		기타 피부암, 상피내암으로 진단 확정 시(각 최초 1회 한) * 암은 암 보장 개시일, 즉 '계약일(부활(효력 회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날' 이후 보장	200만 원
	암 입원 급여금	암 보장 개시일 이후에 최초의 암으로 진단 확정되고 그 암의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원 시(3일 초과 1일당, 120일 한도) * 암은 암 보장 개시일, 즉 '계약일(부활(효력 회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날' 이후 보장	50,000원
		경계성 종양, 기타 피부암, 상피내암으로 4일 이상 계속하여 입원 시(3일 초과 1일당, 120일 한도)	20,000원
	암 통원 급여금	암 보장 개시일 이후에 최초의 암으로 진단 확정되고 그 암의 치료를 직접 목적으로 통원 시(통원 1회당, 1일 1회 한) 또는 경계성 종양, 기타 피부암, 상피내암 치료를 직접 목적으로 통원 시(통원 1회당, 1일 1회 한) * 암은 암 보장 개시일, 즉 '계약일(부활(효력 회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날' 이후 보장	20,000원
특약	만기 급여금	만시 생존 시(기납입 주계약 보험료의 100% : 순수보장형은 만기 급여금이 지급되지 않는다.)	
	무배당 암사망 II 특약	암 보장 개시일 이후 '암으로 진단이 확정되고 그 암으로 인하여 사망하거나 동일한 암으로 장해분류표 중 여러 신체 부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해상태' 가 되었을 때 또는 기타 피부암으로 사망하거나 동일한 기타 피부암으로 장해분류표 중 여러 신체 부위의 합산 장해지급률이 80% 이상인 장해 상태가 되었을 때 * 암은 암 보장 개시일, 즉 '계약일(부활(효력 회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날' 이후 보장	1,000만 원

사례 3 : 무배당 암 치료 II 특약 안내(가입 금액 1,000만원 기준)

구분	특징	지급 사유	지급 금액
무배당 암치료 II	암 진단	암 또는 상피내암으로 진단 확정 시(1회에 한하여 지급)	암 : 1,000만 원 상피내암 : 200만 원
	암 입원	어 별도의 암 보험에 가입 할 필요 없음.	3일 초과 입원 1일당 10만원(최고 120일 한도)
	암 수술	암 또는 상피내암 치료를 직접 목적으로 수술 시(수술 1회당)	암 수술 : 200만 원 상피내암 수술 : 40만 원

사례 3-1 : ○○특약(특약보험 가입 금액 : 1,000만원)

구분	지급 사유	지급 금액
암 치료 보험금	보험대상자(피보험자)가 특약의 보험 기간 중 암에 대한 보장 개시일 이후에 최초로 '암' 으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 1회에 한하여 지급합니다.)	1,000만 원
	보험대상자(피보험자)가 특약의 보험 기간 중 최초로 '기타 피부암' 으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 1회에 한하여 지급합니다.)	200만 원
	보험대상자(피보험자)가 특약의 보험 기간 최초로 '상피내암 또는 ' 경계성 종양' 으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 각 1회에 한하여 지급합니다.)	200만 원
암 입원 급여금	보험대상자(피보험자)가 특약의 보험 기간 중 암에 대한 보장 개시일 이후에 '암' 으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원했을 때	(3일을 초과하는 입원일 수 1일당) 10만 원
	보험대상자(피보험자)가 특약의 보험 기간 중 '기타 피부암', '상피내암' 또는 '경계성 종양' 으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일 이상 계속하여 입원했을 때	(3일을 초과하는 입원일 수 1일당)
암 수술 급여금	보험대상자(피보험자)가 특약의 보험 기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 '암' 으로 진단이 확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 200만 원
	보험대상자(피보험자)가 특약의 보험 기간 중 '기타 피부암', '상피내암' 또는 '경계성 종양' 으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 40만 원

사례 4 : 암종합치료특약(특약 가입 금액 2,000만 원 기준)

구분	지급 사유	지급 금액
암 치료비	80세 만기 60세 남, 암으로 진단 확정시(단, 최초 1회에 한함)	2,000만 원(단, 가입 후 1년 미만 진단 시 50% 지급)
	기타 피부암, 상피내암, 경계성 종양으로 진단 확정 시(각각 최초 1회에 한함)	400만 원(단, 가입 후 1년 미만 진단 시 각 50% 지급)
암 수술비	암으로 수술 시	최초 1회: 600만 원
		2회 이후: 120만 원(단, 가입 후 1년 미만 수술 시 50% 지급)
경계성 종양 치료비	경계성 종양으로 진단 확정 시(최초 1회에 한함)	800만 원(단, 가입 1년 미만 진단 시 상기 금액의 50% 지급)
암 수술비	암으로 수술 시	최초 1회: 600만 원 2회 이후: 120만 원
		(단, 가입 1년 미만 수술 시 상기 금액의 50% 지급)
기타 피부암 · 상피내암 · 경계성 종양	수술비기타 피부암 또는 상피내암, 경계성 종양으로 수술 시	120만 원(단, 가입 후 1년 미만 수술 시 50% 지급)
암 입원비	암으로 4일 이상 입원 시(1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 1일당 10만 원
	기타 피부암, 상피내암, 경계성 종양으로 4일 이상 입원 시(1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 1일당 20,000원

사례 4-1 : ○○○보험 : 암진단특약(특약보험 가입 금액 1,000만원 기준)

구분	보장내용	지급 금액
암 진단 지급	암으로 진단 확정 시(단, 최초 1회에 한함)	가입 1년 이후: 1,000만 원, 가입 1년 미만: 500만 원
기타 피부암, 상피내암, 경계성 종양 진단 지급	암으로 진단 확정 시(단, 최초 1회에 한함)	가입 1년 이후: 100만 원, 가입 1년 미만: 50만 원

사례 5 : 주계약(1형, 보험 가입 금액 2,000만원 기준)

구분	보장내용	지급 금액
고액 암 치료비	고액 암(백혈병, 뇌암, 골수암)으로 진단 확정 시(최초 1회에 한함)	10,000만 원(단, 가입 1년 미만 진단 시 상기 금액의 50% 지급)
일반 암 치료비	고액 암 이외의 암으로 진단 확정 시(최초 1회에 한함)	4,000만 원(단, 가입 1년 미만 진단 시 상기 금액의 50% 지급)
기타 피부암 · 상피내암 치료비	기타 피부암 또는 상피내암으로 진단 확정 시(각 최초 1회에 한함)	각 400만 원(단, 가입 1년 미만 진단 시 상기 금액의 50% 지급)
경계성 종양 치료비	경계성 종양으로 진단 확정 시(최초 1회에 한함)	800만 원(단, 가입 1년 미만 진단 시 상기 금액의 50% 지급)
암 수술비	암으로 수술 시	최초 1회: 600만 원 2회 이후: 120만 원
		(단, 가입 1년 미만 수술 시 상기 금액의 50% 지급)
기타 피부암 · 상피내암 수술비	기타 피부암 또는 상피내암으로 수술 시	수술 1회당 각 60만 원
		(단, 가입 1년 미만 수술 시 상기 금액의 50% 지급)
경계성 종양 수술비	경계성 종양으로 수술 시	수술 1회당 120만 원
		(단, 가입 1년 미만 수술 시 상기 금액의 50% 지급)
암 입원비	암으로 4일 이상 입원 시(1회 120일 한도)	3일 초과 1일당 10만 원
기타 피부암 · 상피내암 입원비	기타 피부암, 상피내암으로 4일 이상 입원 시(1회 120일 한도)	3일 초과 1일당 각 2만 원
경계성 종양 입원비	경계성 종양으로 4일 이상 입원 시(1회 120일 한도)	2일 초과 1일당 4만 원
건강생활비	보험 기간 중 보험대상자(피보험자)가 60세 이상 계약 해당일에 살아 있을 때(중도금부형에 한함)	400만 원
만기 축하금	보험대상자(피보험자)가 보험 기간이 끝날 때까지 살아 있을 때 (만기환급형에 한함)	가입보험료의 70%

5. 유방절제술 후 재건술에 대한 보험급여화

우리나라에서 조기 유방암의 비율이 늘어남에 따라 유방보존술의 비율도 증가하고 있으나 아직도 50% 이상의 여성이 불가피하게 유방절제술을 받고 있다. 한국유방암학회의 자료에 따르면 2004년에 유방암으로 수술받은 여성의 54.6%가 유방절제술을 받은 것으로 되어 있다. 그러나 이 중 유방재건술을 받은 여성의 비율은 16.4%에 불과하다.

가장 큰 원인은 유방절제술 후 재건술이 보험 급여의 대상에서 제외되기 때문인 것으로 생각된다.

유방절제술과 즉시재건술은 조기 유방암의 표준치료법 중

하나로 전 세계적으로 인정되고 있다.(23) 그러나 우리나라에서는 큰 경제적 부담 때문에 극히 일부의 여성에게만 시행되고 있는 실정이다. 유방암 때문에 유방절제술을 받은 후 시행하는 유방재건술은 미용수술이 아니라 여성에게 반드시 필요한 장기의 재건수술이다.

우리나라의 모든 여성은 자신의 유방을 가질 권리가 있다. 따라서 유방암으로 인한 유방절제술 후 유방재건술은 미용 목적의 유방확대술이나 유방축소술(국민건강보험요양급여기준에 관한 규칙 별표 2 비급여대상 2-가)과는 성격이 전혀 다르므로 요양 급여의 대상에 포함되어야 한다.

6. 유방암 환자의 장애인 적용 범위 확대 방안

■ 장애인의 정의

장애인의 정의는 장애인복지법(신, 전문 개정 : 1999년 2월 8일, 법률 제5931호) 제2조에 따르면 다음과 같다.

- ① 장애인은 신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자를 말한다.
- ② 이 법의 적용을 받는 장애인은 제1항의 규정에 의한 장애인 중 다음 각호의 1에 해당하는 장애를 가진 자로서 대통령령이 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.
 1. 신체적 장애라 함은 주요 외부신체기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.
 2. 정신적 장애라 함은 정신지체 또는 정신적 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

[시행일 2000년 1월 1일]

■ 우리나라 장애인 정책의 문제점

선진국들은 장애범주에 신체장애뿐만 아니라 특정한 일을 수행하는 능력, 개인적 요인 외에 환경적, 사회적 요인 등을 포함시키고 있다. 미국과 호주는 암과 AIDS를 장애범주에 포함시키고 있고 영국은 신체장애와 정신장애로 자신의 연령, 경험, 자격에 상응하는 취업을 하지 못한 사람도 법정장애인으로 분류하고 있다. 심지어 스웨덴의 경우 자국으로 이민온 외국인 이 스웨덴의 언어를 제대로 모르는 경우에도 사회적 장애로 인정, 법적으로 보호해주고 있다. 물론 우리나라도 장애인에 대한 기준을 신체적 장애(주요 외부 신체기능의 장애와 내부기관의 장애), 정신적 장애(정신지체 또는 정신적 질환으로 발생하는 장애)로 구분하고 있으나 실제로 장애판정 기준이 지나치게 제한적이어서 법의 보호를 받을 수 있는 법정장애인 비율(3.09%)이 미국의 25% 수준에 불과하고 세계보건기구 권고기준(10%)의 절반에도 미치지 못하고 있다. 보건복지부에 따르면 현재 장애인복지법 시행령 및 시행규칙상 지체장애, 뇌 병변장애, 시각장애, 청각장애, 정신장애 등 장애 종류를 10가지로 나누어 장애 정도에 따라 1~6급으로 분류하고 세금감면과 금융지원을 해주고 있으나 판정기준과 등급이 지나치게 비합리적이다. 이러한 장애인에게 인간다운 삶과 권리를 보장하며, 장애인의 의료, 교육, 직업재활, 생활환경개선 등에 관심을 두어, 이들의 생활안정과 복지 증진, 사회활동 참여 증진에 기여해야 한다.

■ 세계 각국의 장애인 관련 법규와 정책

- 우리나라
 - 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애
 - 정신지체

• 일본

- 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애
- 정신지체, 정신장애
- 내부장애 : 심장, 호흡기, 신장, 방광 및 직장, 소장기능장애

• 미국

- 신체장애, 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 외형적 추형, 신경계, 근골격계, 감각기관장애
- 정신장애 : 정신질환, 정서장애, 학습장애, 알콜중독
- 내부장애 : 생식기, 소화기, 비뇨기, 피부, 혈액·내분비, 암, AIDS 등

• 프랑스

- 신체장애 : 지체, 시각, 청각, 언어. 기형, 추형(안면변형)
- 정신장애 : 정신지체, 정신질환, 정서장애
- 내부장애 : 심장, 신장, 호흡기, 소화기, 비뇨기, 내분비, 신진대사

• 스웨덴

- 신체장애 : 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애
- 정신장애 : 정신지체, 정서장애, 학습장애, 약물, 알코올중독
- 내부장애 : 폐질환, 심장질환, 알레르기, 당뇨
- 사회적 장애 : 언어장애가 있는 외국 이민자, 노동력 감소자, 타인 의존

• 호주

- 신체장애 : 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애
- 정신장애 : 정신지체, 정서장애, 알코올중독, 약물중독
- 내부장애 : 심장, 신장, 호흡기, 당뇨, 암, AIDS 등

• 독일

- 신체장애 : 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 추형
- 정신장애 : 정신질환, 정신지체, 정서장애
- 내부장애 : 호흡기, 심장·순환기, 소화기, 비뇨기, 신장, 생식기, 신진대사, 혈관, 피부

• 대만

- 신체장애 : 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어·음성장애
- 정신장애 : 지능장애, 자폐, 노인치매
- 내부장애 : 중요 기관 기능상실자, 식물인간, 노인치매 등

■ 유방암환자 장애 판정 기준 제안

- 1급 : 뇌전으로 인한 의식장애와 운동장애로 입원치료가 필요한 사람
- 1급 : 뇌전으로 인한 의식장애와 운동장애로 일상생활이 곤란한 사람
- 2급 1호 : 폐전으로 호흡곤란이 있는 사람, 간전으로 황달이 있는 사람으로 입원치료를 필요로 하는 사람
- 2급 2호 : 폐전으로 호흡곤란이 있는 사람, 간전으로 황달

이 있는 사람

- 3급 1호 : 다발성 골전지로 견지 못할 정도의 재발성 유방암 환자
- 3급 2호 : 다발성 골전지로 일상생활의 제약이 있는 재발성 유방암 환자
- 3급 3호 : 골전지로 지속적 치료를 필요로 하는 재발성 유방암 환자
- 4급 : 유방암 수술을 받고 환측 상완과 하완의 팔둘레가 10cm 이상 굵어진 림프부종을 보이는 사람으로 환측 팔의 운동장애를 보이는 사람
- 5급 1호 : 유방암 수술을 받고 환측 하완의 팔둘레가 5cm 이상 굵어진 림프부종을 보이는 사람
- 유방암 수술 후 발생한 반복되는 우울장애를 보이는 사람
- 5급 2호 : 유방암 수술을 받고 환측 하완의 팔둘레가 2~5cm 이상 굵어진 림프부종을 보이는 사람
- 유방암 수술 후 발생한 견관절의 심한 운동제한장애를 동반한 사람
- 5급 3호 : 유방암 수술을 받고 환측 하완의 팔둘레가 2cm 이상 굵어진 림프부종을 보이는 사람
- 유방암 수술 후 발생한 액와부 및 흉부의 심한 통증으로 일상생활의 장애가 있는 사람
- 6급 1호 : 양측 유방전절제술을 받고 미용장애로 일상생활의 제약이 있는 사람
- 6급 2호 : 편측 유방전절제술을 받고 미용장애가 있는 사람

G. 관련 법률 개정 방향

유방암 관련 정책을 바꾸는 방법으로 유방암 관련 법률 개정은 매우 중요한 사항이다. 유방암 관련 현안 중 시급한 사항을 유방암학회 정책위원회의 심의를 거쳐 선별했으며, 향후 법률 개정안을 발의할 예정이다.

- ① 유방암 검진율을 높이기 위해 근무 직원이 5인 이상 직장에서는 35세 이상 여성 근로자의 정기 유방암검진을 의무적으로 시행한다.
- ② 국민 전체를 대상으로 유방암 인식도를 향상시키기 위해 TV, 라디오, 신문에 유방암 예방과 조기 검진을 유도하는 공익광고를 연중 의무적으로 시행한다. 공익광고는 한국유방암학회의 자문을 구하여 유방암 전문가들의 의견을 최대한 반영한다.
- ③ 결혼 연령의 증가와 저출산이 유방암의 증가 원인이 되므로 직장 내 육아시설과 어린이 교육시설의 설치를 의무화한다.
- ④ 의료사고가 발생했을 때 합리적인 해결을 위해 20명 이상 의 의료기관에는 민원창구를 상설화하고 폭력적인 행동은

취한 자는 30일 이상의 구금 또는 이에 상응하는 벌금형에 처한다.

- ⑤ 유방암 진료의 질을 향상시키고 국제적인 수준의 치료를 개발하기 위해 다국적, 다기관 임상시험의 국고보조금을 책정한다.
- ⑥ 말기 유방암 환자들을 전문적으로 관리하는 호스피스 프로그램의 개발과 유지를 위한 국고보조금 지원을 상설화한다.
- ⑦ 말기 암 환자들의 삶의 질 향상을 위해 의료용 마약성 진통제 처방을 의사의 재량에 맡기고 현행 마약관리법 개정을 통해 일반의료기관에서도 약사의 동의 없이 원외 처방으로 의사가 마약성 진통제 처방을 할 수 있도록 한다.
- ⑧ 국가 차원의 유방암 환자 발생과 생존 현황을 분석하기 위한 유방암등록사업에 사업의 주체인 한국유방암학회와 중앙암등록본부에 대한 국고지원을 의무화한다.
- ⑨ 합리적이고 효과적인 유방암치료법 개발을 위한 유방암진료지침 개발사업을 한국유방암학회의 주도하에 시행하고 국고지원을 의무화한다.

유방암 환자를 비롯한 암 환자들에 대해 장기적인 치료가 필요한 경우 장애인으로 규정할 수 있다.

비현실적인 유방의 관상피내암에 대한 사보험 규정을 행정지도를 이용하여 합리적인 치료비를 보조받을 수 있도록 개정한다.

결 론

이 연구에서 저자들은 유방암의 효과적 예방과 치료를 위한 현안에 대해 문제를 제기하고, 그 해결책을 찾기 위해 노력했다. 유방암이 선진국에서 얼마나 큰 문제인지는 언론의 보도나 인터넷을 통해서 누구나 쉽게 알 수 있을 것이다. 물려오는 유방암의 위협을 슬기롭게 대처하기 위해서는 적절히 준비하는 것이 가장 중요하다. 유방암이라는 병의 확산을 막기 위해서, 조기에 길목을 차단하여 원인을 없애며, 유방암에 걸린 환자들을 적절히 관리하는 것이 급선무이다. 이 문제를 해결하기 위해서는 유방암의 진단과 치료에 전문가 집단이라고 할 수 있는 한국유방암학회 차원에서의 노력이 선행되어야 할 것이며, 더 나아가서 국가적인 지원이 절실히 필요하다.

REFERENCES

- 1 한국유방암학회. 한국 유방암 환자의 통계자료. 2004.
- 2 유방방사선학회. 유방촬영술 화질 전국 실태조사. 보건복지부 2001.
- 3 Field MJ, Lohr KN, eds. Clinical practice guideline: Directions for a New Program. National Academy Press,

Washington, DC, USA. 1990.

4 Burgers JS, Kopp I. Proceedings in International Guideline Symposium 2003.

5 Eccles M, Mason J, Freemantle N. Developing valid cost effectiveness guidelines: a methodological report from the North of England evidence based guideline developmental project. Qual Health Care 2000;9:127-32.

6 Nathwani D. From evidence-based guideline methodology to quality of care standards. J Antimicrob Chemother 2003;51:1103-7.

7 Burgers JS, Grol R, Klazinga NS, et al. Towards evidence-based clinical practice: an international survey of 18 clinical guideline programs. In J Qual Health Care 2003;15:31-45.

8 김남순. 임상진료지침 개발현황 및 정책과제. 보건복지포럼 2004;96:5-19.

9 김남순, 김수영, 박은자. 의료의 질 향상을 위한 기반 구축 방안 : 임상진료지침을 중심으로(미발간).

10 김남순. 외국현황과 국내사례 비교를 통한 임상진료지침 발전방안. 한국의료QA학회지 2003;10:238.

11 <http://www.lovehospice.or.kr> (C.C.C 사랑의 호스피스)

12 조유향. 호스피스. 현문사. 1994.

13 <http://kch.or.kr> (광주기독병원)

14 <http://www.yohanhos.or.kr> (광주성요한병원)

15 <http://webzine.cancerpain.co.kr/200203/column.html> (Cancer pain Webzine)

16 천영호. 한국 호스피스 실태분석 및 개선방안. 단국대학교 행정대학원 석사학위논문. 2000.

17 윤영호, 최은숙, 이인정 등. 한국 호스피스 · 완화의료기관 실태조사. 한국 호스피스완화의료 학회지 2002;5:31-42.

18 이화여자대학교 간호과학연구소 편. 임종과간호 : 호스피스 케어. 수문사. 1990.

19 황나미, 노인철. 말기환자 관리를 위한 호스피스의 제도화 방안. 한국보건사회연구원. 1995.

20 서영준. 호스피스 자원봉사교육프로그램의 발전방안. 동아대학교 대학원 석사학위 논문. 1999.

21 윤진영. 호스피스활동에 대한 사회사업가의 역할(사례 연구). 대구효성카톨릭대학교 대학원 석사학위논문. 1998.

22 임향숙. 우리나라 호스피스 Social Worker의 역할에 관한 연구. 경희대학교 행정대학원 석사학위논문. 2000.

23 Harris JR, Lippman ME, Morrow M, et al.: Disease of the breast. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p.737, p801.